

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1974

THÈSE

N° 30

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

PARIJS

LEFEBVRE Régine

née le 8 Septembre 1943 à Paris 14ème

Présentée et soutenue publiquement le _____ 1974

**AVATARS
du
NEGATIVISME**

Président, Mr. J. CAMBIER, Professeur

Imprimerie FLASH-PLAN
3, rue Marx Dormoy
94230 CACHAN

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1974

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

LEFEBVRE Régine

née le 8 Septembre 1943 à Paris 14ème

Présentée et soutenue publiquement le _____ 1974

AVATARS
du
NEGATIVISME

Président, Mr. J. CAMBIER, Professeur

Imprimerie FLASH-PLAN
3, rue Marx Dormoy
94230 CACHAN



A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur Jacques CAMBIER

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait
d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Nous tâcherons de mettre à profit l'enseignement
clinique que nous avons reçu de lui lorsque nous
étions étudiante dans son service.

Aux membres de notre jury

Hommages respectueux

A Monsieur le Docteur G. DAUMÉZON

Médecin-Chef des hôpitaux psychiatriques
à l'hôpital Henri Rousselle

Nous le remercions de l'aide qu'il nous a apportée
au choix et à l'élaboration de ce travail et nous lui
savons gré de son enseignement doublé d'un profond
respect de l'être humain.

Au Docteur Louis Le GUILLANT †

Médecin-Chef des hôpitaux psychiatriques
à l'hôpital de Villejuif

auquel nous devons en partie notre orientation
et dont le souvenir est encore vivace dans notre pensée.

Au Docteur Pierre MALE

qui a accepté de nous faire partager la chaleur
humaine de ses consultations.

Au Professeur Georges LANTÉRI-LAURA

Médecin-Chef des hôpitaux psychiatriques
à l'hôpital de Saint-Maurice

A ma mère

avec toute la chaleur de mon affection

A mon père

à la présence duquel j'attache tant d'importance

A mon frère

dont le soutien moral et l'affection me sont
souvent d'un grand secours

A mon grand-père

A Nicolas

A Baloo

A Lili

A mes amis

Alain, Claude et Jean-François, Cyrus, Dominique, Esther,
Jacques, Jean-Louis, Jean-Marie, Marcel, Marie, Pierre
et ses parents, Marie-Paule, Michel et Anne, Renée ...

dont ne saurait m'échapper la qualité de leur présence

A toutes les équipes soignantes

dont nous avons pu apprécier toute la valeur humaine.

**AVATARS
du
NEGATIVISME**

«Soumise ou opposée à la conception anthropologique régnante, la médecine mentale, jusqu'en ses plus récents développements, apparaît solidaire de l'histoire des idées».

Y. PÉLICIER - Histoire de la psychiatrie.

Ayant décidé de notre orientation, nous avons ouvert grand les yeux sur le monde de la psychiatrie. Observateur le plus attentif possible, nous avons été bousculés dans notre passivité devant le grouillement d'idées, plus ou moins formulées, émanant d'une multiplicité de personnalités, chacune d'entre elle donnant ainsi une teinte différente à l'appréhension de la maladie mentale ou de ses symptômes constitutifs.

Il nous est vite apparu que « tant dans l'attitude à l'égard du malade, dans le choix des hypothèses que dans la mise en œuvre des traitements, l'esprit du temps est impliqué » (1).

Guidés par notre maître, le Docteur G. DAUMEZON, nous avons tenté de montrer comment un symptôme, comme le NEGATIVISME, pouvait être envisagé différemment selon ses conditions d'émergence historique.

Le NEGATIVISME est un symptôme qui témoigne d'un refus de communication avec autrui. Il se manifeste par des réactions d'intensité variée : simple refus de prendre la main tendue, occlusion des paupières, raidissement, refus de s'asseoir ou isolement, mutisme, refus d'aliments, refus de se lever. L'indifférence et l'inertie psycho-motrice peuvent également s'inscrire dans l'attitude négativiste. D'autre part, ce comportement peut s'adresser à n'importe quel interlocuteur et devant n'importe quelle situation, de façon imprévisible ou systématique.

Ce symptôme se rencontre essentiellement dans la schizophrénie où « se mêlent le refus de la réalité du monde objectif et la crainte d'être soi-même un objet pour les autres » (19), et surtout dans la forme catatonique de la schizophrénie. On peut le voir également chez certains malades hystériques. Il n'est pas rare de se heurter à une attitude négativiste lorsque l'on sollicite de vieux délirants chroniques, hospitalisés depuis de nombreuses années et n'ayant pu bénéficier des progrès thérapeutiques actuels. Enfin, le négativisme peut apparaître dans la Démence sénile.

SEGLAS (12) a distingué le négativisme des idées délirantes de négation. Pour lui, en effet, il existe :

1) Soit « la formule négative du langage employé par le malade répond simplement à une tendance morbide à l'opposition, à la contradiction systématique (négativisme) ».

2) Soit « une conviction particulière, répondant à l'idée de changement, de destruction, d'absence, de non-existence. C'est là, à proprement parler, ce qu'on entend désigner par le vocable, idées délirantes de négation. Les aliénés négateurs n'ont pas de nom, pas d'âge ; ils n'ont pas de famille, pas de vêtements, pas d'organes ; ils nient tout, l'existence du monde extérieur et souvent même la leur propre ». Dans ce cas, il ne s'agit pas d'un comportement témoignant d'un refus de communication, mais d'une conception délirante de la réalité qui peut amener à une impossibilité de communiquer puisque les objets relationnels ont disparu ou n'existent pas : que ce soit le patient lui-même, ses organes, ses amis, ses parents ou le monde extérieur.

D'un tout autre mécanisme relève l'opposition, comportement d'échange social qui implique l'affirmation du Moi en regard de situations que l'individu juge inacceptables. Simple réaction psychologique normale, l'opposition peut, si elle est trop systématique, correspondre à un asservissement à la répétition névrotique. Cependant, même si elle devient trouble du comportement pouvant aller jusqu'à l'agressivité, elle témoigne d'une réponse intelligible, prévisible ; elle constitue une réaction à la situation vécue par l'individu considéré.

Opposition réactionnelle, délire des négations, opposition négativiste se conçoivent donc différemment, même si dans l'opposition négativiste il peut entrer une partie réactionnelle ou une conception délirante de Sa réalité par rapport au monde. D'autre part, la distinction n'a pas toujours été évidente, comme en témoignent les différentes conceptions historiques du négativisme.

LE NÉGATIVISME DANS L'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

Bien que depuis HIPPOCRATE l'attention ait été portée sur les insensés, la psychiatrie en tant que science n'existe vraiment que depuis le XVII^e siècle en Angleterre et la fin du XVIII^e siècle en France.

Les conceptions philosophiques de l'époque apportées par ROUSSEAU, VOLTAIRE, les sensualistes LOCKE et CONDILLAC et le bouleversement de la Révolution Française, modèlent la pensée des aliénistes contemporains. C'est ainsi que PINEL, dans l'introduction du *Traité médico-philosophique* sur l'aliénation mentale définit clairement ce que son art doit au XVIII^e siècle : « un ouvrage de médecine publié en FRANCE à la fin du XVIII^e siècle, doit avoir un autre caractère que s'il avait été écrit à une époque antérieure ; un certain essor dans les idées, une liberté sage et surtout d'ordre et de recherche qui règne dans toutes les parties de l'histoire naturelle doivent le distinguer : ce ne sont plus des vues particulières ou l'intérêt de quelque corporation puissante qui doivent l'avoir dicté ; c'est une philanthropie pure et franche » (1) .

Cet « esprit d'ordre et de recherche » est prôné notamment par CONDILLAC pour lequel « analyser n'est autre chose qu'observer dans un ordre successif les qualités d'un objet, afin de leur donner dans l'esprit l'ordre simultané dans lequel elles existent » (1) .

C'est ce long travail d'exploration analytique qui a permis aux aliénistes du XIX^e siècle de faire éclater le champ informe « médico-philosophique de l'aliénation mentale » en parcelles sémiologiques de plus en plus descriptives mais aussi de plus en plus imprégnées du savoir neurologique et physiologique alors grandissants. C'est ainsi qu'à « l'Idiotisme » de PINEL faisant allusion à certains malades pouvant entrer dans le cadre de la Démence précoce, se substitue le terme de « Démence chronique » dans laquelle ESQUIROL fait entrer des cas où se trouvent des symptômes tels le négativisme, la stupeur, l'apathie, les stéréotypies, la verbigération. En témoigne, dans son traité des maladies mentales au chapitre traitant de la lypémanie, l'intéressante observation de TEROENNE ou THEROIGNE de MERICOUR, célèbre courtisane occupant activement la scène politique pendant la Révolution et qui « lorsque le Directoire fut établi, les sociétés populaires furent fermées,

[...] perdit la raison ». ESQUIROL décrit : « Quoique dans une cellule petite, sombre, très humide et sans meubles, elle se trouve très bien ; elle prétend être occupée de choses très importantes ; elle sourit aux personnes qui l'abordent ; quelquefois elle répond brusquement : je ne vous connais pas, et s'enveloppe sous sa couverture. Il est rare qu'elle réponde juste. Elle dit souvent : je ne sais pas ; j'ai oublié. Si on insiste, elle s'impatiente, elle parle seule, à voix basse ; elle articule des phrases entrecoupées des mots fortune, liberté, comité, révolution, coquins, décret, arrêté, etc. Elle en veut beaucoup aux modérés.

Elle se fâche, s'empporte lorsqu'on la contrarie, surtout lorsqu'on veut l'empêcher de prendre de l'eau. ... Elle ne sort presque point de sa cellule, et y reste ordinairement couchée ».

La notion de négativisme n'apparaît qu'en 1874 lorsque le psychiatre allemand KAHLBAUM décrit la catatonie, qu'il considère comme une maladie autonome, puis en 1899 dans l'œuvre de KRAEPELIN sur la Démence précoce dont le noyau central est représenté par la catatonie.

Auparavant MOREL parlait de « nihilisme », de « folie d'opposition » ou de « maladies de la volonté », tous éléments redevables à une dégénérescence héréditaire.

Mais cette recherche des signes, des symptômes permettant d'isoler des entités cliniques précises a aboutit, en cette fin de XIX^e siècle, en une véritable « pulvérisation atomistique de la sémiologie » (2) à laquelle « a correspondu une pathogénie mécaniciste qui a expulsé la vie psychologique de la pathogénie des troubles mentaux » (2). Pathogénie mécaniciste d'autant plus acceptable alors que les travaux de neurologues, tels ceux de WERNICKE sur l'aphasie, permettaient de faire la preuve de la corrélation entre certains troubles et une atteinte localisée du cortex cérébral. C'est ainsi que les symptômes de la catatonie, dont le négativisme, sont interprétés uniquement en termes de troubles moteurs, la catatonie étant considérée comme un syndrome moteur neurologique.

Solution satisfaisante pour beaucoup de psychiatres de l'époque mais « comme les positions à l'égard d'un problème aussi fondamental ne constituent qu'une sorte d'application des tendances principales de chacun dans sa façon de comprendre et d'expliquer les symptômes en

psychiatrie, les théories générales de la catatonie se confondent plus ou moins avec la façon d'envisager la psychiatrie propre à chaque auteur... » (3), Eugène BLEULER, grâce à ses tendances personnelles, a étudié le malade mental comme une machine neuro-physiologique, certes, mais douée d'affectivité. Ce qui lui fait écrire : « Il est ainsi hors de doute que la capacité de l'âme à produire des sentiments n'est pas foncièrement détruite dans la schizophrénie » et « il y a une relation étroite et particulièrement évidente du négativisme aux complexes » (4). Complexes dans le sens défini par FREUD, lequel, avec éclat, confirme les impressions de BLEULER et par ses travaux ouvre le XXe siècle à la théorie « psychogéniste » des maladies mentales.

FREUD, A. MEYER, JUNG, ABRAHAM, RANK, TAUSK, NACHT traquent le traumatisme affectif susceptible de surgir à chaque étape de l'évolution de l'individu, voire même dès sa naissance, véritable « traumatisme » (Otho RANK). Et si Adolf MEYER, en 1900, « considérait que la Démence précoce réalisait une « constitution » à la formation de laquelle participait la totalité des traits de caractère, du tempérament, mais aussi l'histoire même de l'individu et la superposition des conditions de son existence et de son milieu » (5), Karl ABRAHAM pense que « la Démence précoce détruit la capacité de transfert sexuel, d'amour objectal », qu'« il est une autre possibilité dans la Démence précoce, c'est le renversement du transfert excessif en négativisme et en délire de persécution à l'égard de la personne jadis aimée », « le négativisme de la Démence précoce étant précisément le contraire du transfert » (6). Quant à Otto RANK, le négativisme n'est pour lui que l'expression d'un désir de retour dans l'utérus maternel avant le « traumatisme de la naissance ».

Aux théories « mécanicistes » limités aux horizons des connaissances neurologiques du XIXe siècle, succèdent donc des théories « psychogénistes » nées de l'invention de la psychanalyse par FREUD, d'un contexte d'idées philosophiques développées par BERGSON et de recherches psychopathologiques dirigées par JANET.

Cette attitude « psychogéniste » devient également critiquable lorsqu'elle est appliquée de façon excessive. Cependant « ... l'importance de la psychanalyse pour la psychiatrie se mesure au fait qu'elle contribue à maintenir une médecine de la personne où l'histoire individuelle et psychologique du patient compte plus que l'inventaire des symptômes » (1). Et les grands cliniciens de la première moitié du XXe siècle ont souvent établi un compromis entre les deux principaux

courants de pensée et l'on peut lire dans leurs manuels les définitions classiques du négativisme, qu'ils différencient de l'inertie psychomotrice et des troubles moteurs proprement dits. Troubles moteurs parmi lesquels ils isolent ceux relevant d'une attitude volontaire d'origine psychique. C'est ainsi que Paul SERIEUX écrit : « La stupeur catatonique, bien différente de la paralysie psycho-motrice de la folie intermittente, est dominée par les manifestations du négativisme et de la suggestibilité. Les négativistes opposent à toutes les interventions étrangères une résistance élastique : essaye-t-on de déplacer les membres, d'ouvrir les yeux, la bouche, ou se heurte à une contraction musculaire antagoniste. Si l'on en triomphe, les membres reprennent leur position première. Parfois, quand on lui donne un ordre, le malade fait un signe de négation. Refus de s'alimenter, de se lever, de se vêtir, de s'asseoir, résistance pour changer de place, rétention volontaire des urines, des matières fécales et de la salive, insensibilité à toutes les influences extérieures, tels sont les signes habituels du négativisme » (7).

CHASLIN, en 1912, décrit le négativisme dans un chapitre intitulé : « sentiments suscités par les rapports avec autrui, avec la société » (8).

ROGUES de FURSAC (1923) remarque que « les contractures que l'on observe dans la catatonie sont en général une origine psychique (négativisme) et doivent être, considérées, par conséquent, comme des symptômes psychiques » et fait une description attentive proche de celle établie par SERIEUX. Mais il semble y poindre une irritation devant cette « opposition irraisonnée », cette « perversion volontaire » et l'impossibilité de comprendre le mécanisme de ce symptôme étant donné « la quasi-impossibilité où l'on se trouve généralement d'entrer en contact avec la conscience du malade » (9) bien que ROGUES de FURSAC reconnaisse que le traitement de la psycho-analyse aurait, dans certains cas légers, « permis de modifier, éventuellement de faire disparaître certaines réactions pathologiques (stéréotypies, manifestations de négativisme, impulsion) » (9).

En 1956, GUIRAUD (10) reconnaît également l'origine psychique du négativisme mais fait entrer les phénomènes de rétention d'urines dans les troubles végétatifs négativistes. De mêmes troubles végétatifs sont signalés par H. CLAUDE et RUBENOVITCH étudiant les modalités du traitement par choc insulinaire : « certains malades présentent une réaction thermique qu'on pourrait appelée inversée : ce

sont ceux chez qui l'injection d'insuline provoque une élévation de température qui persiste pendant la période d'hypoglycémie » (en principe, au cours du choc insulinaire, il y a diminution de la température centrale). « Nous n'avons trouvé ce phénomène que chez des malades traités au cours d'une période catatonique (mutisme, opposition, négativisme) » (11) . S'agirait-il là d'un négativisme physiologique ?

Depuis la mise en évidence du symptôme, nous avons suivi les différentes étapes qui ont mené à son appréhension classique. Cependant, cette conception du négativisme telle qu'elle est vue en ce milieu de XXe siècle va bientôt être modifiée sous la plume des organodynamistes, phénoménologistes-existentialistes, puis transformée dans l'esprit des socio-psychiatres, lesquels, ouvrant la marche de certains anti-psychiatres, ont permis à ceux-ci la volatilisation du symptôme, celui-ci ne pouvant plus exister puisque la schizophrénie, dans laquelle il est le plus fréquemment décrit, est, pour eux, niée en tant que maladie.

Mais avant d'envisager ces conceptions nouvelles qui éclairent notre pratique actuelle, tâchons d'examiner de plus près les conditions d'existence puis de compréhension du symptôme étudié dans l'œuvre des anciens auteurs : par exemple dans celle de KRAEPELIN d'abord, puis dans celle de CHASLIN.

LE NÉGATIVISME

ÉTUDIÉ PAR KRAEPELIN (13)

Première observation

« Messieurs, j'ai à vous présenter aujourd'hui des tableaux cliniques bien particuliers. Voici tout d'abord une jeune domestique de 24 ans ; aux traits de son visage, à l'ensemble de sa musculature, vous devinez un amaigrissement rapide. Elle ne cesse pas un seul moment de remuer ; elle fait quelques pas en avant, puis revient en arrière ; elle natte ses cheveux pour les dénouer aussitôt après. Cherche-t-on à arrêter tous ses mouvements de va-et-vient, on se heurte à une résistance si effrénée qu'on en est tout surpris. Elle se glisse habilement sous mes bras dès que je lui barre la route et continue alors son manège. Enfin si on l'arrête de force, ses traits, jusque-là sans expression et comme figés se tirent et dessinent une grimace pleunicharde, qui s'efface quand on lui rend sa liberté. Remarquez aussi qu'elle serre convulsivement une croûte de pain et qu'il est impossible de la lui arracher des mains. Elle ne s'occupe pas le moins du monde de ce qui se passe autour d'elle, à condition qu'on ne sollicite pas son attention. Elle ne s'inquiète pas davantage de me voir lui enfoncer une aiguille dans la peau du front et n'interrompt point pour cela ses allées et venues de carnassier en cage.

Le plus souvent elle ne répond pas aux questions qu'on lui adresse et se borne à secouer la tête. Par contre elle soupire de temps à autre et profère quelques plaintes monotones et toujours identiques : « Oh ! Grand Dieu ! Oh ! Grand Dieu ! Oh ! ma mère ! Oh ! ma mère ! » Essaie-t-on de lui prendre la main, elle la retire vivement ou elle l'entortille dans son tablier quand elle ne croit pas pouvoir s'échapper. Elle n'exécute pas ce qu'on lui demande et s'oppose invariablement pour ainsi dire aux idées qu'on lui soumet. Elle comprend très bien ce qui se dit autour d'elle : parle-t-on par exemple de lui enlever le morceau de pain qu'elle tient à la main, aussitôt elle s'empresse de le cacher.

Deux symptômes nouveaux se présentent à nous dans toute leur pureté : la stéréotypie et le négativisme. Le premier consiste en une tendance impulsive à répéter à satiété le même mouvement volontaire,

témoin les allées et venues continues de notre malade, l'agencement de sa natte, les expressions uniformes et monotones de son langage. Le négativisme se traduit par sa résistance stupide à chaque tentative faite auprès d'elle, par son mutisme voulu, enfin par l'impossibilité complète d'acquiescer sur elle une influence quelconque.

Ces deux symptômes marquent de leur empreinte presque tous les actes de la jeune fille. On peut la voir s'abstenir de manger pendant longtemps, si bien que l'on est quelquefois obligé de recourir à la sonde ; ou bien elle demande des gâteaux et de l'eau et ne consent plus à les accepter quand on les lui apporte. Aujourd'hui encore elle laisse son déjeuner devant elle sans y toucher ; au bout d'un moment elle l'avale gloutonnement, mais elle s'arrête dès qu'on lui parle. Certains jours elle ingère des portions deux ou trois fois plus fortes qu'à l'ordinaire, et souvent elle vole, avec beaucoup d'adresse et sans aucune délicatesse, la part des autres malades.

Il est difficile de savoir par ses propos décousus ce qui se passe en elle. Elle appelle bien le médecin « Monsieur le Docteur » et connaît le nom de toutes les infirmières ; mais il semble qu'elle soit en proie à une série d'idées délirantes. Elle demande par exemple à rester encore une nuit ici : « Accordez-moi encore une nuit devant le feu énorme, énorme, sur le monde entier, devant le grand tribunal, devant beaucoup d'hommes. » Elle est torturée avec des « faux ». « Laissez-moi donc aller, je dois avoir beaucoup de têtes et de bras, si je suis obligée de porter tout le monde, toute la terre ». A-t-elle de l'angoisse ? Il est malaisé de se prononcer. Les menaces ne font aucune impression sur elle, et de temps à autre on aperçoit, glissant sur ses traits ordinairement impassibles, un léger sourire. Au point de vue somatique, signalons une excitabilité exagérée des rameaux du facial, l'augmentation des réflexes rotuliens et enfin de la cyanose des mains et des pieds.

Autant qu'on peut en juger, la maladie comprend relativement bien des choses, mais elle présente des idées délirantes très confuses et des hallucinations. Sur le terrain de l'émotivité existe bien un certain degré d'angoisse, mais qui doit être fort atténué, tandis que dans son allure générale notre patiente nous présente de la stéréotypie et du négativisme extrêmement accentués. Ce sont ces deux derniers signes qui constituent la caractéristique du tableau clinique : tableau que nous appelons « stupeur catatonique »...

Le début de l'affection remonte à seize semaines chez notre malade ; celle-ci n'aurait pas d'hérédité chargée et a toujours été calme et raisonnable. Placée depuis quelques mois, elle est tombée malade. Elle cessait en effet de travailler, pleurait, gémissait beaucoup, ou bien elle restait assise comme abrutie et ne dormait plus. Elle avait aussi de l'angoisse : on allait la martyriser, les meurtriers venaient avec des faux...

La malade présente ensuite de l'écholalie et de la catalepsie ; au niveau des muscles de la bouche se constataient de petits mouvements grimaçants. Le négativisme affectait chez elle une forme en peu particulière : elle ne voulait plus quitter la chambre où il avait fallu la faire entrer de force ; elle se reculait et ne se décida à en sortir que quand on la pria d'y rester.

La stupeur, comme vous le voyez, n'est qu'une phase dans le cours de la catatonie. Déjà le début rappelle beaucoup les observations de la leçon précédente, la terminaison est aussi maintes fois identique. L'affection peut d'ailleurs aboutir insensiblement à la démence terminale. Les malades deviennent un peu plus faciles, plus dociles ; mais ils demeurent affaiblis, indolents, abrutis et gardent encore longtemps les troubles de la période aiguë : hallucinations, idées délirantes et stupides, stéréotypies, négativisme, « befehlsautomatie ».

Deuxième observation

« Le deuxième malade que je veux vous présenter est un commerçant de 26 ans. Il se laisse conduire les yeux fermés, la tête penchée en avant ; il marche en se traînant et finit par venir s'effondrer sur une chaise. Il reste là presque endormi, la physionomie dénuée de toute expression et sans animation quand on lui parle. Il ne répond pas aux questions qu'on lui pose et ne fait rien de ce qu'on lui demande. Lui pique-t-on le front ou le nez, lui frôle-t-on la cornée, c'est à peine s'il esquisse un léger clignement des paupières ou si son teint s'anime quelque peu, mais le tout sans aucun mouvement de défense. Puis, alors qu'on s'y attend le moins, le voilà qui se met à rire. Quand on lui lève le bras, il le laisse retomber lourdement et le membre demeure dans la

position où le hasard l'a placé. Après de nombreuses instances, j'obtiens enfin qu'il ouvre les yeux ; il me donne la main d'un geste brusque et anguleux, en la laissant raide et tendue dans la mienne. Si je lui renverse la tête en arrière, il garde cette position inconfortable ; si je lui lève la jambe à angle droit sur son ventre, il ne bouge pas davantage. Peu à peu on arrive à provoquer d'autres symptômes de *befehlsautomatie*. Le malade soulève le bras en même temps que je soulève le mien ; il exécute avec beaucoup de précision tout ce que je fais devant lui : frapper dans ses mains, tourner les poings l'un autour de l'autre, etc. ; mais il ne prononce aucune parole ; il ferme la bouche quand on lui demande de tirer la langue ; il ne fait aucun mouvement pour écrire et, à part ce ricanement qui revient souvent, il est immobilisé dans un état de complet abrutissement. Il répète cependant quelques mots entendus autour de lui, mais en gardant la bouche fermée ; aussitôt qu'on lui dit de s'en aller, il se sauve.

Chez ce malade, les troubles de la volonté sont bien particuliers et sautent immédiatement aux yeux, représentant un mélange de « *befehlsautomatie* » et de négativisme. D'une part il se laisse docilement aller à faire tout ce qu'on lui demande ou résiste aux incitations normales de la volonté. Cette opposition est surtout évidente quand il répète les mots la bouche fermée. Depuis longtemps, du fait de son négativisme, il n'ouvre plus la bouche ; mais il ne peut se soustraire au besoin d'imiter ce qu'on fait devant lui. De ces constatations découlent cette notion que, si le négativisme et le « *befehlsautomatie* » sont deux extrêmes au point de vue psychologique, ils sont néanmoins susceptibles de s'associer en clinique. Dans la majorité des cas ils ne s'observent pas simultanément chez un même malade, mais se transforment facilement l'un dans l'autre, si bien qu'il n'est pas possible de prédire à un moment précis lequel des deux symptômes on va rencontrer. Pareille réversibilité s'obtient aussi parfois directement par la suggestion.

Ces deux stigmates prouvent, semble-t-il, que la faculté de diriger les incitations volontaires vers un but déterminé est complètement perdue, et par suite une impulsion dans un sens quelconque crée l'acte, indépendamment de toute logique, qu'elle provienne de l'individu lui-même ou de son entourage. On pourrait tout au moins comprendre ainsi que des malades, bien que n'ayant pas de grands troubles de la compréhension, répondent machinalement à n'importe quelle incitation et qu'ensuite poussés par un besoin de contradiction, ils renouvellent constamment tel acte stupide, en y apportant beaucoup d'entêtement et en négligeant le mal ou le bien qu'ils en ressentent. Il est clair que

cette perte du lien entre la pensée et l'acte, qui repose peut-être sur un trouble profond du dynamisme vital, doit totalement enlever à la façon d'être du sujet cette unité de direction que nous sommes habitués à considérer comme l'expression d'une personnalité psychique normale. C'est pourquoi, les actes et la façon d'être des malades sont déjà d'une impulsivité invraisemblable et tout à fait incompréhensible.

Nous voici donc de nouveau en face de toute cette série de symptômes que nous avons constaté dans les autres cas de démence précoce antérieurement étudiés.

C'est là du reste un diagnostic qui s'accorde très bien avec les antécédents du malade. Son père fut pendant un certain temps aliéné et ses études auraient été interrompues pour cela. A l'école, le malade s'instruisait péniblement ; et, après une fièvre typhoïde, survenue dans sa jeunesse, il devient légèrement excitable, anxieux, avec idées hypochondriaques. L'affection actuelle débuta il y a six mois.

Au point de vue somatique, en dehors d'une vieille cicatrice cutanée à la tête et d'un callus récent au pied, rien à signaler de bien spécial.

Il est fort probable qu'ultérieurement ce cas évoluera comme celui de notre première malade. Les troubles, si accentués aujourd'hui, iront en s'effaçant à la longue et il subsistera un degré de démence plus ou moins prononcé. (Le malade s'améliora un peu, mais demeura stupide et filandreux. Son poids augmenta de 24 kilogrammes ; il fut mis dans une colonie familiale. Puis il retourna dans son asile, où il mourut cinq années après le début de son affection.) »

Troisième observation

« Messieurs, on est presque obligé de porter le malade que je vous présente aujourd'hui ; il marche en effet les jambes écartées et ne pose à terre que le bord externe des pieds. Il commence par jeter ses pantoufles, puis il chante un cantique et répète plusieurs fois cette phrase : « My father, my real father. » C'est un garçon de 18 ans, de bonne constitution, encore élève au lycée ; son visage, pâle d'ordinaire, rougit à certains moments. Il s'assied, ferme les yeux et ne s'occupe pas de ce qui se passe autour de lui. Il ne bouge pas davantage quand on lui parle et répond à voix basse ; mais le ton s'élève petit à petit et il finit par crier : « Vous voulez savoir qui je suis ; je vous l'ai déjà dit ; celui qui est épié a été épié et doit être épié. Je sais tout cela et pourrais le dire, mais je ne veux pas. » Demandons-lui son nom. En réponse il s'écrit : « Quel est votre nom ? Que ferme-t-il ? Il ferme les yeux. Où est-ce qu'il entend ? Il n'entend rien, et ne peut rien comprendre. Comment ? Qui ? Où ? Quand ? Qu'est-ce qui lui prend ? Si je lui dis de regarder, il ne bouge pas. Dis donc, regarde un peu ici ! Quoi ? Qu'est-ce que c'est ? Attention. Si je dis cela, quoi donc ? Pourquoi ne me réponds-tu pas ? Tu redeviens de nouveau grossier ? Comment peut-on être si grossier ? Tu ne dois pas être bien poli ? Tu es un grossier personnage, un sale personnage. Je n'ai jamais vu encore un si méisable et si dégoûtant personnage. Tu veux de nouveau recommencer. Tu ne comprends donc rien, rien, je te dis ? Veux-tu maintenant obéir ? Tu ne veux pas obéir ? Tu deviens plus impertinent ? etc... » Ses injures finissent en cris inarticulés.

Il comprend fort bien tout ce qu'on lui dit. Il répète très souvent aussi des tournures de phrases qu'il a déjà entendues, mais il n'ouvre jamais les yeux. Il y a beaucoup d'affectation dans sa façon de parler ; tantôt il balbutie comme un enfant, tantôt il bégaye ou ne parle qu'à voix basse ; ou bien le voilà tout à coup qui chante et fait des grimaces. Il met toute sorte de bizarreries dans l'exécution des ordres qu'il reçoit. C'est ainsi qu'il tient le poing fermé pour donner la main ; c'est ainsi que, se dirigeant vers le tableau pour écrire son nom, il lance la craie sur les auditeurs et renverse une lampe d'un coup de poing. Il se livre à mille mouvements absurdes, repousse la table, tourne sur lui-même les bras en croix, roule une chaise autour de lui ; il se balance enfin, les mains sur la tête et les jambes croisées. On constate en même temps des signes de catalepsie. Il faut le pousser pour le faire partir et il sort en criant : « Bonjour, Messieurs, ça ne m'a pas plu. » Comme signe somatique on ne note que l'accélération du pouls qui bat à 160.

De cette discussion, nous concluons sans hésiter qu'il s'agit dans ce cas non pas de folie maniaque-dépressive, mais bien de démence précoce. Nous retrouvons en effet tous les caractères de cette affection : compréhension bien conservée, absence d'affectivité et troubles variés de la volonté. Le père du malade était buveur et a eu quelques troubles psychiques ; la mère aurait fait aussi quelques excès de boisson. Quant à lui, il a toujours été tranquille, travailleur et assez bien doué.

Notre sujet comprenait bien ce qui se passait autour de lui, mais il ne voulait rien faire ou exécutait juste l'opposé de ce qu'on lui demandait. C'est ainsi qu'il fermait fortement les yeux quand on lui parlait de ses pupilles, qu'il se couvrait la tête de son mouchoir quand on voulait le regarder, qu'il retirait sa main dès qu'il lui fallait la tendre.

Le diagnostic de démence précoce, que nous avons posé par le seul examen clinique, se trouve pleinement confirmé par la marche de l'affection.

(Le malade est resté cinq ans dans un asile de chroniques. Il s'est amélioré un peu et est retourné dans sa famille. Il serait maintenant encore bien portant.) »

A la lecture de ces trois observations, nous sommes frappés d'emblée par la façon dont KRAEPELIN présentait les malades à ses étudiants. L'être humain disparaît dans ce rôle de bête curieuse qu'on lui assigne. Etudiante en 1973 et habituée des présentations du Docteur G. DAUMEZON, nous sommes effrayée par cette attitude de botaniste soucieux d'une description précise des signes représentatifs, sans souci parallèle qu'une telle séance apporte aussi quelques bénéfices pour le

malade. Pour G. DAUMEZON en effet, « un examen psychiatrique doit toujours être considéré comme une thérapeutique, si un malade quittant le médecin n'est pas plus détendu qu'à l'entrée dans le bureau, il porte un terrible témoignage sur la valeur de son interlocuteur » (14). De même « ce qui est nécessaire, sinon suffisant, c'est la capacité de connaître comment le patient se sent lui-même et sent le monde, y compris son interlocuteur » (15). L'absence de ce type de compréhension chez KRAEPELIN explique son étonnement devant la résistance « stupide » de sa malade et l'impossibilité d'avoir sur elle une « influence » quelconque bien qu'elle soit intelligente, sachant le nommer « Monsieur le Docteur » ! Elle explique aussi que l'angoisse présentée ne lui parvienne que « fort atténuée » et que les réactions négativistes de son dernier jeune patient qui « lance la craie sur les auditeurs et renverse une lampe d'un coup de poing » et qui « sort en criant : Bonjour, Messieurs, ça ne m'a pas plu » soient vues comme un « besoin de contradiction » et que « cette perte de lien entre la pensée et l'acte, qui repose peut-être sur un trouble profond du dynamisme vital, doit totalement enlever à la façon d'être du sujet cette unité de direction que nous sommes habitués à considérer comme l'expression d'une personnalité psychique normale ». « C'est pourquoi, les actes et les façons d'être des malades sont déjà d'une impulsivité invraisemblable et tout à fait incompréhensibles ».

Ces actes lui paraîtront toujours incompréhensibles puisque son attitude, influencée par les connaissances neurologiques de son époque, sera celle de recherche d'une seule cause organique à la Démence précoce, qu'elle soit héréditaire ou survenant après une maladie. On ne s'étonne pas alors de la direction de ses investigations, de l'importance qu'il accorde à l'existence dans les antécédents d'une fièvre typhoïde ou à la présence d'un père éthyle, voire aliéné. Le malade ne peut être victime que d'un patrimoine génétique défectueux mais l'aspect réactionnel à l'existence même de la pathologie du père n'est pas un seul instant abordé. De même que n'est pas abordé le problème de l'intégration sociale du malade.

Peut-être cette attitude est-elle liée aussi au fait que « KRAEPELIN vit dans une société tout spécialement répressive pour l'aliéné. Derrière ses raisons scientifiques objectivement valables, se cachent ses craintes du malade mental, et un profond pessimisme quant aux possibilités thérapeutiques » (16) et l'importance pour KRAEPELIN de cette causalité endogène lui permet peut-être de « défendre, contre l'individu aliéné, une société lavée de tout soupçon de responsabilité dans cette aliénation » (16).

Cependant cette société de la fin du XIX^e siècle était bien démunie face au malade mental : carence des lois sociales, faiblesse des connaissances dans les sciences humaines, absence de thérapeutique biochimique. Il existait bien quelques colonies agricoles, quelques colonies familiales mais le principal atout du psychiatre était : l'asile. Et l'on comprend que dans ces conditions KRAEPELIN constate, « par un examen approfondi, que les distinctions les plus profondes au début n'empêchent pas la maladie d'imprimer à la démence terminale son même sceau uniforme » et quand il écrit « la maladie mentale s'individualise et se définit par son évolution », il signifie que, non seulement la Démence précoce évolue vers la chronicité mais aboutit nécessairement à une détérioration intellectuelle ; ce qui aurait pu être évité pour certains cas « car la démence des Déments précoces est en grande partie plus exactement une démence asilaire, secondaire et contingente, qui correspond, encore une fois, au vieux concept de « démence vésanique » » (17) .

Cette attitude critique que nous avons adoptée ne nous empêche pas d'apprécier la qualité de la description sémiologique et bien que le travail de KRAEPELIN soit empreint de son attitude vis-à-vis des malades, il correspond bien à la tâche qu'il s'était proposée : « c'est la délimitation et le groupement des formes morbides qui doivent rester au premier plan de nôtre tâche et servir de base à tout travail ultérieur ». La base était solide et a servi de de tremplin à l'essor de nouvelles conceptions qui ne demandaient qu'à jaillir et à participer à l'histoire de la psychiatrie, elle-même reflet de l'histoire de la Pensée.

C'est ainsi que pour BLEULER comme pour CHASLIN, le cadre clinique de la Démence précoce kraepelinienne doit être modifié en mettant l'accent sur l'aspect de désordre et de manque d'harmonie des diverses activités psychiques ce que l'un exprime par le terme de SCHIZOPHRENIE et l'autre par celui de FOLIE DISCORDANTE. Ces deux nouvelles dénominations correspondent à la notion d'ataxie intra-psychique d'ERWIN STRANSKY et témoignent d'une nouvelle voie de recherche vers la compréhension de la maladie.

C'est ce que nous allons tenter de mettre en évidence en étudiant quelques observations de CHASLIN sur le négativisme.

A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS DE CHASLIN (8)

Avec CHASLIN est le début d'un regard sur le sujet agissant. Significatif est le fait qu'il groupe ses observations dans le chapitre intitulé « sentiments suscités par les rapports avec autrui, avec la société » où il fait ces « remarques sur les sentiments d'opposition et de « négativisme » : l'opposition, l'entêtement, la réserve défensive, l'humeur « contrastante », le négativisme ou l'humeur négative. Tous ces sentiments, exprimés par des mots différents, paraissent pourtant être seulement des nuances d'un sentiment de protection, de défense contre l'intrusion étrangère dans la personnalité du malade ou de l'anormal, intrusion qui est désagréable pour différentes raisons ». Dans la folie discordante il existe donc des symptômes imputables à la personnalité morbide et d'autres témoignant du désir du malade de ne pas être dérangé.

Mais laissons le grand clinicien nous présenter des cas où se manifeste « la marque de l'embêtement », « l'ennui d'être interrogé ».

« Marg..., cette jeune hébéphrénique dont je parlerai plus loin, manifestait pendant une certaine période un négativisme acharné : on la menait aux W.C., elle retenait ses matières avec obstination ; on la ramenait à son lit, elle gâtait immédiatement. Elle se raidissait quand on voulait la lever et qu'elle était couchée, quand on voulait la coucher lorsqu'elle était levée. Elle se détournait quand on voulait la faire manger et mangeait une fois que l'infirmière avait le dos tourné. Quand on voulait lui faire ouvrir la bouche, elle la serrait, et restait obstinément muette quand on l'interrogeait, etc. C'était des luttes continuelles pour la tenir propre, la faire manger, l'habiller, etc.

Dumn..., en état de stupeur catatonique, tantôt présente de la catalepsie, de la flexibilité cireuse, tantôt s'oppose à tous les mouvements et même ébauche les mouvements **opposés** à ceux qu'on veut lui faire faire. Il se détourne de la nourriture placée devant lui pour le prendre dès qu'on s'éloigne.

Delo..., vieux dément précoce, à la fin d'un interrogatoire où il avait répondu assez sensément, donne des réponses incohérentes et manifeste d'une façon non équivoque que cette conversation l'ennuie. Ces réponses paraissent bien être d'une incohérence voulue pour se débarrasser de l'examen.

Pat..., catatonique, refuse, péremptoirement, d'obéir aux ordres donnés :

D. — Levez cette jambe, M. P... !

R. — Je n'ai pas à la lever !

D. — Essayez de lever la jambe.

R. — Je vous dis non, monsieur...

Ces fragments d'observations, qui concernent tous quatre des folies discordantes ou Démence précoce, me paraissent montrer que le fond du négativisme, même quand il se manifeste dans l'état de stupeur par des mouvements « négatifs » (au sens algébrique du mot), est toujours de ne pas aimer à être ennuyé. Le dément précoce **aime la paix**, comme disait à peu près Pat... et il défend cette paix comme il peut, par la parole, par les actes aussi bien que par le mutisme et les attitudes. Les différentes nuances apparentes du sentiment négateur proviennent probablement de l'expression plus ou moins complète, suivant l'état d'ensemble du malade, qu'il soit dément précoce, dément, hystérique, déséquilibré, ou ce qu'on voudra. Aussi peut-on appeler tous ces sentiments énumérés plus haut du terme général : **humeur négative.** »

Les réflexions que CHASLIN exprime à propos de ses observations montrent l'attention qu'il porte à l'origine psychologique de certains symptômes dont le négativisme. En témoigne également le chapitre consacré au traitement où CHASLIN signale le bien-fondé (limité) de la psychothérapie : « la psychothérapie est l'ensemble des procédés directs et indirects, par lesquels les paroles, discours, conseils moraux, voire philosophiques, du médecin sont censés jouer un rôle prépondérant. C'est le sermon appliqué à la médecine mentale... Je suis très sceptique sur la valeur de ce procédé **employé dans tous les cas.** »

A côté de cette psychothérapie teintée de principes moraux figurent en bonne place les théories de « l'open-door » et du « no-restraint absolu » ainsi qu'est soulignée l'importance de la « qualité du personnel infirmier ». En effet « on ne saurait croire combien l'intelligence, le tact et la bienveillance réelle de ceux qui sont appelés à vivre avec les aliénés peuvent faire diminuer les occasions de faire usage de la force. Cela rentre dans le traitement moral » (8).

Le négativisme est donc vu comme une réaction à une situation vécue, dans un milieu asilaire dont la nocivité est jaugée et contre laquelle il faut lutter par une humanisation effective. Et l'on ne s'étonne plus que dans ces conditions réalisant une ébauche de

« psychothérapie institutionnelle », CHASLIN ne voit plus ses malades évoluer fatalement vers la démence, l'amenant à réviser un autre aspect de la théorie de KRAEPELIN. Cependant, il garde le souci de retrouver un trouble basal endogène comme en témoigne son intérêt pour les travaux anatomo-pathologiques de KLIPPEL et de son école lesquels « heureusement abordent la question par le côté utile. Ils décrivent dans un certain nombre de cas d'hébéphrénie des lésions spéciales portant avant tout sur le tissu noble et qui sont bien distincts des lésions démentielles ordinaires » (8). Comme en témoigne aussi ses conseils concernant la prophylaxie de la maladie mentale : « Eviter infections, intoxications, traumatismes, alcoolisme, syphilis, procréation d'aliénés. Pour le reste une vie sage, réglée, hygiénique, morale, bref celle qu'on ne suit pas, doit être conseillée à tout candidat à la folie par ses origines ancestrales ou ses antécédents personnels » (8).

CHASLIN vise donc à une meilleure compréhension possible du processus pathologique ceci en partie grâce à une écoute attentive de ses malades et il nous semble que pour lui « la sémiologie ne peut être seulement descriptive, elle doit être la référence à une connaissance de faits cachés » (14). En effet, il ne se contente pas de décrire précisément un symptôme mais il cherche quelle peut en être la signification ; non seulement signification générale mais aussi pour le malade entrant ainsi « dans le domaine de la sémiologie de l'existant humain ». (14). Et si CHASLIN a lu la phrase de KRAEPELIN : « l'ignorance de la langue du malade est en médecine mentale une excellente condition d'observation », cela a dû le faire bondir ! Son attitude clinique étant plutôt celle que délimitera Paul GUIRAUD trente années plus tard (14) : « le psychiatre ne peut avoir la prétention d'acquérir d'emblée, par une sorte d'illumination ou de pénétration globale, la connaissance individuelle de son malade. Il n'y arrive qu'après un lent et patient travail d'analyse, suivi d'une reconstruction synthétique qui nécessite non seulement des connaissances intellectuelles mais surtout une sorte de liaison de fusion psychique avec le sujet qui lui permet de covivre sa maladie ».

Pour notre part, apprentie-psychiatre, si nous pensons avoir une certaine faculté de « covivre » le malade nous ne sommes encore que très balbutiante dans le domaine de la description sémiologique et de la compréhension de la maladie mentale. Nous tâcherons donc d'exposer au mieux de nos possibilités l'histoire de deux jeunes malades hospitalisés dans un service de province où nous faisons fonction d'interne, et nous essaierons de dégager l'aspect clinique moderne.

ASPECT CLINIQUE MODERNE

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Pascal H. né le 5 novembre 1952
entré le 21 septembre 1972

Observation à l'entrée

Pascal est accompagné de sa mère. Celle-ci rapporte que depuis trois ans les relations familiales sont devenues orageuses depuis que Pascal est ramené à plusieurs reprises à la maison par la police pour des inscriptions à caractère politique sur les murs et les trottoirs. Il commence alors à négliger sa tenue, à être grossier envers elle. L'année dernière, bien qu'admissible en classe terminale, il est renvoyé du lycée pour motifs disciplinaires.

Cette année, Pascal décide de suivre des cours par correspondance. Il travaille ainsi pendant le premier trimestre puis peu à peu se renferme, s'isole dans sa chambre où il reste à ne rien faire. Il ne se lave plus. Il fait alors des fugues fréquentes chez des amis de la faculté de ROUEN. L'échec scolaire est total. Au début des vacances, il menace sa mère qui le chasse de la maison. Pascal est alors hébergé de-ci de-là chez des camarades. Il se néglige de plus en plus, son état physique se délabre. Il est alors hospitalisé quinze jours après avoir fait un malaise sur la voie publique. Sa mère le reprend alors auprès d'elle et décide, au début du mois de septembre, de le faire entrer dans une clinique psychiatrique où il reste quinze jours au bout desquels il exige sa sortie. Trois jours après elle le fait hospitaliser dans le service.

Pascal H. se présente figé, tronc penché en avant, bras demi-fléchis, coudes collés au corps, tête anté-pulsée. Très négligé dans sa tenue, hirsute, il mordille sans arrêt sa lèvre inférieure et caresse une barbe clairsemée dans un geste stéréotypé. Il est réticent au début de l'entretien : attitude méfiante, refusant d'envisager ses problèmes, refusant de rester à l'hôpital psychiatrique « avec des fous » même une nuit.

Progressivement, tout en restant apathique et indifférent, tout en conservant son attitude catatonique, Pascal expose la situation conflictuelle avec sa mère qu'il trouve peu intelligente et à laquelle il reproche de ne pas le comprendre.

Il refuse d'expliquer mieux pourquoi il mène une vie marginale. Plutôt qu'un refus véritable, il semble plutôt désarmé, n'arrivant pas trop à se situer par rapport à une certaine idéologie politique, philosophique qui lui permet de rationaliser sa difficulté d'insertion sociale. Il nous dit : « La politique c'est surtout un mode de relation, c'est secondaire. »

A l'indifférence affective jusqu'alors affichée succède une grande anxiété rapidement agressive lorsqu'il comprend qu'il devra rester dans le service, ce que personne ne lui avait encore dit. Il refuse à ce moment de poursuivre l'entretien, se lève et exige qu'on lui ouvre la porte.

Le certificat immédiat note

« Est atteint de schizophrénie. Détachement, désintérêt, apragmatisme ; refuge dans l'abstraction et les spéculations pseudo-philosophiques. Stagnation de la pensée. Etat psychotique grave d'apparition probablement progressive. A observer. » Dr D.

Le lendemain de son arrivée dans le service, Pascal, dans la même attitude catatonique que la veille, reste la journée entière sur son lit, gardant la position dite « de l'oreiller psychique », restant immobile sans aucune activité, refusant également toute communication avec l'équipe soignante. Le chef de service et l'interne n'ont pas plus de succès. La nourriture est également refusée.

Sa mère lui rend visite dans les jours qui suivent : il reste figé dans un mutisme hostile, insensible aux pleurs qu'elle ne peut réprimer.

Progressivement, cependant, Pascal admet plus facilement les intrusions de tout ce monde qui s'affaire autour de lui et s'il demeure indifférent, apragmatique, refusant de répondre à certaines questions ou se contentant de réponses évasives telles que : « Bof, bof » ou « mouais, mouais », il accepte la partie d'échecs proposée par un infirmier compétent, il se rend au réfectoire à l'heure des repas.

Ce n'est qu'une quinzaine de jours après l'admission qu'un meilleur contact s'établit. Dans le rapport du surveillant on peut lire : « Moins fuyant, parfois blagueur. S'intéresse particulièrement aux jeux ; se trouve à ce moment là détendu et souriant. D'autre part, essaie de s'occuper au service. Néanmoins la nonchalance des mouvements persiste ».

Dans le même temps, Pascal demande, de lui-même, à s'entretenir avec nous. Il nous exprime son désir d'échapper à sa mère qui, après l'avoir trop protégé étant enfant, l'empêche maintenant de « vivre sa vie » et bien qu'il dise en parlant de sa mère « j'ai vomi sa maison », il souffre que celle-ci ait pu le mettre à la porte il y a quelques mois et ait pu le « faire enfermer ici ». Pascal nous évoque aussi l'étroite communauté d'esprit qui existe entre lui et son frère, de deux ans son cadet. Les deux garçons semblent s'être constitué un monde à part, duquel la mère est vigoureusement exclue.

Quant au père, Pascal semble indifférent à son absence, ses parents ayant divorcé lorsqu'il avait six ans ; il ne l'a jamais revu depuis.

Au cours d'autres entretiens, seront abordés les problèmes d'une « société de consommation » qu'il faut rejeter et dans les filets de laquelle il faut éviter à tout prix de tomber.

Par ailleurs ses activités restent limitées : invité à se rendre à l'atelier d'ergothérapie, il s'y est refusé jugeant que cela ne l'intéresse pas ; il suit passivement les séances sportives préférant rester des journées entières sur son lit à lire NIETZSCHE, CELINE ou SARTRE dont il semble difficilement intégrer les lignes de pensée. Cette difficulté est peut-être liée à un début de détérioration intellectuelle laquelle atteindrait déjà 20 % selon les tests psychométriques pratiqués.

De leur côté, les tests projectifs reflètent bien la problématique relationnelle de Pascal. Le RORSCHACH met en évidence une charge agressive refoulée et donne beaucoup de réponses témoignant d'une attitude oppositionnelle et lors de la passation du T.A.T., Pascal est peu coopérant disant ouvertement que cela l'embête.

ÉCHELLE D'INTELLIGENCE DE WECHSLER-BELLEVUE

POUR ADOLESCENTS ET ADULTES

NOM et Prénoms H. Pascal N° _____ Date de l'examen 11.12.72

Profession sans Nationalité Française Date de naissance 05.11.1952

Lieu d'examen H.P. Navarre Examen antérieur _____ Age 20 ans

TABLEAU DES NOTES STANDARD*												
Notes Standard	NOTES BRUTES											Notes Standard
	Information	Compréhension	Problèmes	Chiffres	Similitudes	Vocabulaire	Complément d'images	Arrangement d'images	Assemblages	Kohs	Code	
19	25	19-20			23-24	40		20-21	25	39 +		19
18	-	18		17	22	38-39				38	67	18
17	24	17		16	21	36-37		19	24	-	65-66	17
16	23	16	14	15	20	34-35	15	17-18	-	36-37	61-64	16
15	21-22	15	13	14	18-19	32-33	-	16	23	34-35	57-60	15
14	20	14	12	13	16-17	28-31	14	14-15	22	32-33	49-56	14
13	18-19	13	11	12	14-15	24-27	-	12-13	21	30-31	43-48	13
12	16-17	12	9-10	11	12-13	21-23	13	11	20	28-29	40-42	12
11	14-15	11	8	10	11	18-20	12	10	19	25-27	38-39	11
10	12-13	9-10	7	9	9-10	14-17	11	8-9	18	23-24	34-37	10
9	10-11	8	6	-	7-8	12-13	10	7	16-17	20-22	31-33	9
8	9	7	4-5	8	6	9-11	9	5-6	14-15	17-19	29-30	8
7	7-8	6	3	4-5	4-5	6-8	8	4	13	15-16	25-28	7
6	6	5	2	7	3	4-5	7	3	12	12-14	20-24	6
5	5	4	-	-	2	3	5-6	2	10-11	7-11	16-19	5
4	4	3	1	6	1	2	3-4	1	7-9	3-6	14-15	4
3	3	-	-	-	-	1	2	-	6	1-2	7-13	3
2	2	2	0	5	-	-	1	0	5	-	3-6	2
1	0-1	0-1		4	0	0	-	-	4	0	1-2	1
0							0		3		0	0

RÉCAPITULATION		
TEST	Note brute	Note standard
INFORMATION	17	12
COMPRÉHENSION	5	6
PROBLÈMES	3	7
SÉRIES DE CHIFFRES	10	11
SIMILITUDES	18	15
(VOCABULAIRE)	(22)	(12)
NOTE VERBALE*		
COMPLÈTEM ^t D'IM.	11	10
ARRANGEM ^t D'IM.	9	10
ASSEMBLAGES	17	9
KOHS	13	6
CODE	29	8
NOTE DE PERFORMANCE*		43
NOTE TOTALE		86
* Si 4 ou 5 tests verbaux ou 4 tests de performance ont été donnés, la note verbale ou la note de performance doit être ramenée à la valeur correspondant à 5 tests		
ÉCHELLE VERBALE <u>22 Q.I.</u> 106		
ÉCHELLE DE PERFORM <u>43 Q.I.</u> 89		
ÉCHELLE COMPLÈTE <u>95 Q.I.</u> 98		

* Les cliniciens qui souhaitent dessiner un psychogramme peuvent le faire en joignant par des droites dans le tableau les notes individuelles obtenues. On n'oubliera pas cependant que les notes aux tests isolés sont relativement peu fidèles.

Au cours de sa longue hospitalisation, Pascal ne sortira en fait guère de son indifférence affective, de son apragmatisme, de son attitude catatonique malgré cinquante-deux comas insuliniques suivis de deux électro-chocs avec traitement aux neuroleptiques à l'appui et entretiens répétés.

Il sort malgré tout le 28 mai 1973, sa mère lui ayant trouvé un travail de manutentionnaire dans une entreprise locale. Cet essai d'une insertion sociale dite normale parviendra-t-il à ce que Pascal ne produise plus de genre de poème :

« Chien de Mur !
tu me prends mes dents pour
t'habiller
tu me prends mes yeux pour
t'amuser
Il y a toujours un mur dans chaque tête
qui file sa toile. »

Ou, au contraire, l'incitera-t-il à se construire d'autres barrières ?

A ce poème, répond un écho d'angoisse. Celui du frère de Pascal qui écrit de son côté, dans une lettre adressée « au vent » :

« La voilà cette souffrance
elle a quatre yeux
La voilà cette douleur
qui nous prend
j'ai rouvert cette plaie au ventre
La voilà la plaie
qui nous défigure comme un miroir
et qui nous refigure par ce miroir
du cerveau
à l'aube des symboliques
La voilà ma chair — debout — seul —
étroite et figée
Voilà mon esprit entre quatre yeux
La souffrance est leur unique cadeau. »

Cette souffrance nous allons la côtoyer, puisque trois mois à peine après l'arrivée de Pascal, Madame H. nous amène son deuxième fils, Martial, qui lui paraît présenter les mêmes troubles que son aîné.

Martial H., né le 2 juillet 1954, entre en effet dans le service le 17 décembre 1972.

Observation à l'entrée

Madame H. a remarqué un changement de comportement chez son fils l'année dernière : Martial entre comme pensionnaire à Rennes dans une école d'imprimerie. Il en revient au bout de trois mois avec des idées « révolutionnaires ». A la fin de l'année scolaire, il est renvoyé à cause de ces idées. En juillet 1972, il part un beau matin avec un copain sans dire où il va et pour combien de temps. Il revient fin août dans un état physique lamentable. Depuis, Martial refuse le travail trouvant que c'est inutile et vide. Il ne sort que rarement de sa chambre où Madame H. le trouve souvent, assis au bout de son lit, dans une attitude figée, en pleurs, serrant les poings comme s'il luttait contre quelque chose. En dehors de ces moments de désarroi, Martial ne cesse de peindre ou de dessiner.

En octobre, un essai de le faire travailler dans une coopérative, dirigée par un oncle, se solde par un échec : Martial a du mal à démarrer le matin, il arrive plusieurs fois en retard, ne prend pas d'initiative et est particulièrement lent quant à la réalisation de son travail. Il est donc licencié fin novembre 1972. On lui fait alors passer des tests F.P.A. à la recherche d'un emploi où ses dons de peinture auraient pu être utilisés mais sans succès, « car il n'a pas les pieds sur terre ».

Martial devient de plus en plus inquiet, angoissé et demande à sa mère de le faire hospitaliser.

Martial H. se présente figé dans une attitude semi-courbée, qu'il conserve tout le temps de l'entretien. Il s'exprime lentement avec un désir de faire comprendre son désarroi. Il évoque l'apparition de troubles du sommeil : insomnie, cauchemars à l'issue desquels il se sent glacé, paralysé sur place avec une impression de mort. Dans la journée

cette angoisse renaît sans raison ou lorsqu'il lui faut envisager son insertion dans un circuit social normal : pour lui le travail aliène l'homme, l'empêche de s'épanouir. Récemment encore il s'est présenté devant une usine mais n'a pas pu y entrer ayant l'impression qu'il allait être « anéanti ». De même qu'il n'a pu supporter l'internat « qui était une vraie prison ». Une seule chose lui permet de se « retrouver » : le dessin et la peinture auxquels il se consacre depuis deux ans.

Certificat immédiat

« Présente des troubles mentaux caractérisés par une anxiété vive : peur d'être tué de nuit ou de jour ; organisation défensive corollaire.

Inadaptation socio-professionnelle.

Théories socio-philosophiques justifiant un apragmatisme partiel.

Rumination pénible. Relative conscience du pathologique. A observer. » Dr. D.

Certificat de quinzaine

« Est atteint de schizophrénie. A maintenir. » Dr. D.

Rapidement, dans le service, Martial éprouve le besoin de dessiner et, au rythme d'un Pastel par jour, il nous fait entrer dans un monde de corps disloqués, d'êtres humains incomplets. Pense-t-il d'ailleurs que les autres soient capables de comprendre ce monde fantasmatique ? Sans doute pas si l'on en juge par son petit sourire ironique lorsque l'entourage regarde ses œuvres, par son refus d'explicitier le moindre trait de crayon. Il se sent trop étranger aux autres, ceux-ci ne peuvent le comprendre : « C'est plein de vie là-dedans » dit-il en faisant un geste circulaire préthoracique « et je ne sens pas cette force de vivre chez les autres », « il n'y a pas de possibilité de communiquer avec les autres », ce qui est source d'angoisse. Mais il y a aussi la révolte : « j'ai encore plus envie de me flinguer quand j'observe tout ce qui se passe autour de moi », et le rejet de la société au nom d'une participation à l'idéologie « gauchiste » du moment : « l'avenir ne m'intéresse pas ; c'est le pouvoir de la valeur qui domine et les gens ne comprennent pas. Ce n'est pas de leur faute, ils sont nés avec ce règne-là. Les maisons se construisent partout, les hommes se multiplient bien trop vite, ce qui amène à un manque d'air et à une nourriture chimique ». Le régime de vie qui lui semble être le plus équilibrant pour lui : loin de la société, garder les chèvres ou entrer dans une communauté artisanale. C'est d'ailleurs sous cette forme que se réalisera le premier essai de réadaptation après l'hospitalisation.

Quant aux contacts entre les deux frères, ils se sont bornés à une courte visite journalière de quelques minutes dans la chambre de l'un ou de l'autre, chacun réintégrant ensuite son domaine. Les paroles échangées étaient rares mais il existait une sorte de connivence entre les deux ; ils nous semblaient, à ce moment, intouchables, enfermés tous les deux dans le même bulle existentielle de laquelle tout l'environnement était rejeté et notamment la mère venue fréquemment rendre visite à ses fils.

Celle-ci nous précise qu'il lui semble retrouver là le comportement de son mari. En effet, celui-ci partait parfois de la maison de longs jours sans rien dire et revenait, toujours silencieux, restant alors des journées entières sans rien faire. Il n'a pu s'adapter à aucun emploi. Après le divorce, le père ne s'est jamais intéressé aux enfants. Elle reste donc seule avec eux et bien qu'ayant toujours travaillé en usine, a toujours réussi à les garder près d'elle.

Martial sort le 2 juillet 1973 après un traitement à l'insuline et aux neuroleptiques. Les tests pratiqués (échelle d'intelligence de WECHSLER-BELLEVUE, test projectif de RORSCHACH, test progressif dit T.A.T.) n'ont pas noté de détérioration mais un fort pourcentage de signes témoins de la schizophrénie.

Ces deux trop récentes observations ne nous permettent pas de considérer l'évolution de la maladie et le bienfait à long terme des thérapeutiques. Nous observons seulement que les symptômes présentés par Pascal ont plus d'intensité que ceux observés chez Martial, les premiers signes étant apparu il y a trois ans pour l'aîné, il n'y a qu'un an pour le cadet.

Comment nous est-il possible de comprendre ces deux tableaux cliniques ? Grâce aux opinions émises par Henri EY dans sa théorie organo-dynamiste ? En se référant aux études analytiques ? Ou encore à la lumière d'autres courants de pensée contemporains ?

Procédons par ordre et envisageons-les successivement.

WAIS

ÉCHELLE D'INTELLIGENCE DE WECHSLER POUR ADULTES

FEUILLE DE NOTATION

Nom et Prénoms Martial H. N° _____ Date de l'examen 3.1.73

Profession _____ Nationalité _____ Date de naissance 2.7.1954

Lieu d'examen _____ Examen antérieur _____ Age 18 ans 1/2

TABLE DE TRANSFORMATION DES NOTES BRUTES EN NOTES STANDARD												RÉCAPITULATION					
Notes standard	TESTS VERBAUX						TESTS DE PERFORMANCE						Notes standard	TEST	Note brute	Note standard	
	Information	Compréhension	Arithmétique	Similitudes	Mémoire de chiffres	Vocabulaire	Code	Complément d'images	Cubes	Arrangement d'images	Assemblage d'objets						
19	29	27 28		28		73 80	90					19	Information	6	6	6	
18	28	26				70 72	87 89			40	44	18	Compréhension	14	9	10	
17	27	25	18	25	17	68 69	80 86	21		38 39	43	17	Arithmétique	7	7	7	
16	26	24	17	24	16	65 67	75 79		52	37	42	16	Similitudes	20	12	13	
15	25	23	16	23	15	61 64	70 74	20	51	36	41	15	Mémoire de chiffres	11	11	11	
													Vocabulaire	37	9	10	
													NOTE VERBALE		54		
14	24	21 22	15	22	14	57 60	66 69		50	34 35	39 40	14	Code	42	9	8	
13	22 23	20	14	21	13	53 56	60 65	19	48 49	32 33	37 38	13	Compl. d'images	10	7	6	
12	20 21	18 19	13	20	12	48 52	56 59	18	45 47	31	35 36	12	Cubes	41	10	10	
11	18 19	17	12	18 19	11	44 47	51 55	17	42 44	28 30	33 34	11	Arrang. d'images	29	11	11	
10	15 17	15 16	11	16 17	10	38 43	46 50	15 16	39 41	25 27	31 32	10	Assemblage d'objets	35	12	11	
													NOTE DE PERFORMANCE		49		
9	13 14	14	9 10	14 15		34 37	42 45	14	36 38	23 25	29 30	9	NOTE TOTALE		103		
8	11 12	12 13	8	12 13	8	29 33	38 41	12 13	33 35	20 22	25 28	8	ÉCHELLE VERBALE			Q.I. 97	
7	9 10	11	7	10 11	7	25 28	34 37	10 11	29 32	17 19	22 24	7	ÉCHELLE DE PERFORMANCE			Q.I. 98	
6	8 9	9 10	6	8 9		21 24	30 33	9	27 28	14 16	19 21	6	ÉCHELLE TOTALE			Q.I. 98	
5	5	7 8	5	6 7	7	17 20	24 29	7 8	23 26	12 13	15 18	5					
4	4	6	4	4 5		12 16	17 23	4 6	18 22	11	11 14	4					
3	3	5	3	3	6	9 11	10 16	3	13 17	10	8 10	3					
2	2	4	2	2	5	6 8	8 9	2	11 12	9	6 7	2					
1	1	3	1	1	4	4 5	6 7	1	10	8	5	1					
0	0	0 2	0	0	0 3	0 3	0 5	0	0 0	0 7	0 4	0					

LE NEGATIVISME

TEL QUE LE VOIT HENRI EY

La conception organo-dynamiste des maladies mentales a été élaborée par H. EY en se référant à la théorie d'un neurologue anglais J.-H. JACKSON. Yves PELICIER nous résume les grandes lignes du jacksonisme : « John-Hughlin JACKSON (1835-1911) a été influencé par la philosophie évolutionniste de SPENCER : dans le système nerveux les fonctions les plus complexes, les plus organisées et les plus volontaires, sont liées aux appareils les plus récents dans l'ontogenèse et le phylogenèse. Cette hiérarchie fonctionnelle recoupe la disposition anatomique depuis le cortex préfrontal jusqu'à la moelle rachidienne. La maladie provoque une régression vers le plus simple et le plus archaïque.

Toute affection du système nerveux comporte deux conséquences : phénomènes de déficit liés à la destructuration du centre, phénomènes de libération de l'activité des centres sous-jacents. Dans le domaine de la psychiatrie, JACKSON décrit des symptômes négatifs et des symptômes positifs (illusions, hallucinations, délire, conduites extravagantes) qui sont le résultat de l'activité des éléments nerveux non affectés » (1).

Tenant compte de cette nouvelle conception du fonctionnement des centres nerveux Henri EY considère qu'à l'intégrité organique et fonctionnelle de ces centres chez l'homme normal correspond une activité psychique qui permet de délimiter le comportement psychologique normal, alors que des altérations organiques présentées chez l'être pathologique entraînent des variations pathologiques de la psychologie normale. Cependant ces variations sont tributaires du déficit organique de base en fonction même de ce déficit mais également en fonction de l'histoire personnelle du sujet vécue à travers le prisme du déficit : « toute forme psychopathologique exige pour sa formation, à la fois et ensemble, un trouble organique primordial (condition « sine qua non ») et une structure psychologique nécessaire qui en constitue la phénoménologie, la base existentielle » (2).

De plus, toujours dans la lignée des idées de JACKSON, les variations pathologiques représentent des régressions ; ceci parce que le trouble organique entraîne des « dissolutions globales des fonctions psychiques supérieures qui altèrent sinon aliènent la vie psychique » (2) et les variations pathologiques « proviennent de l'action empêchante, perturbatrice ou destructive que les troubles des fonctions organiques déterminent sur l'activité psychique » (2) .

Il en va ainsi de la catatonie qui est « une régression des fonctions psychiques, conditionnée par une dissolution fonctionnelle organogénétique » (3) .

Cette régression des fonctions psychiques entraînant l'apparition des troubles psycho-moteurs, c'est-à-dire les troubles du comportement d'une part (négativisme, inertie psycho-motrice, troubles de l'expressivité psycho-motrice, décharges psychomotrices) et les troubles moteurs proprement dits d'autre part (catalepsie, flexibilité sérieuse, stéréotypies, troubles de la mimique). Pour Henri EY, les symptômes de la catatonie, dont le négativisme, sont donc l'expression de la libération des « instances psychiques subsistantes » après « dissolution apicale » c'est-à-dire dissolution des fonctions psychiques supérieures. C'est cette libération qui entraîne « la discordance dans la sphère affective », les « altérations de la tonalité affective basale » dans lesquelles H. EY fait état « des troubles qui constituent les modifications pathologiques de la base même de la sphère des tendances et des pulsions, c'est-à-dire de l'affectivité en tant qu'elle se confond avec l'élan vital et le structure dynamique de l'être psychique » (19) . Au désordre organique de base s'ajoute donc la notion importante de structure dynamique de l'être psychique à laquelle participe le vécu du sujet notamment ses relations avec autrui.

Et si nous envisageons l'attitude de Pascal H. évoluant de l'opposition négativiste le jour de son entrée à l'inertie et l'indifférence affective dans les jours qui ont suivi, il semble bien que l'on puisse reconnaître l'existence d'une réaction de « « conflit » avec le monde extérieur » modifiable par une meilleure compréhension mais aussi d'une « régression instinctivo-affective basale », contre laquelle butent les thérapeutiques actuellement à notre disposition.

Différente est la position des psychanalystes que nous allons maintenant envisager .

LE NEGATIVISME

VU PAR LES PSYCHANALYSTES

Freud décrit la schizophrénie dans les « névroses narcissiques » qui surviennent « par insuffisance des mécanismes de défense et d'organisation même du moi, une perte de relation avec la réalité par infiltration ou véritable éclatement de l'égo » (20). L'insuffisance des mécanismes de défense est encore exprimée dans un autre article du psychiatre viennois étudiant « la négation ». Celle-ci représente le substitut intellectuel du refoulement. Chez le schizophrène, la dénégaration n'existe pas, le refoulé pouvant s'exprimer librement sans qu'il l'affecte d'un signe négatif. (Si un sujet névrotique a effectué la négation d'une situation par le refoulement, lorsqu'il y a retour du refoulé, ce sujet l'exprime en une proposition négative, c'est la dénégaration.)

La notion de négation, équivalent intellectuel du refoulement, semble avoir été remaniée par certains psychanalystes dont SPITZ qui distingue plusieurs stades dans le développement du refoulement :

- 1) le refoulement originaire (UVERDRANGUNG)
- 2) le refoulement proprement dit (NACHDRANGEN), qui consiste en deux phases :

- a- le phénomène précoce du refoulement (ou « refoulement primitif »), constituant en un retrait d'investissement.

- b- le refoulement en tant que mécanisme de défense, qui implique un contre-investissement.

Le jugement négatif serait un substitut de la phase a du refoulement proprement dit, c'est-à-dire du retrait d'investissement... » (21).

Proche de cette notion de retrait d'investissement, PERRIER, de son côté, interprète les idées de FREUD sur la négation et l'absence de dénégaration chez le schizophrène en montrant comment cette absence contient en fait tout le négativisme. En effet, Freud déduit une théorie de la naissance du jugement en isolant le moment de la première négation. Pour le jugement d'existence, il écrit : « Le premier but et le plus immédiat de l'examen de la réalité n'est pas de trouver dans la perception réelle un objet correspondant à ce qui est représenté, mais de le retrouver, de s'assurer qu'il existe encore. » Ce qui inspire à

PERRIER la réflexion suivante : « Retrouver l'objet, c'est ainsi réinstaurer dans sa valeur la conscience de soi par rapport à lui, c'est réfracter l'image externe dans la spatialité actuelle et actualisée de l'univers subjectif, de l'univers moïque » (22) . Mais c'est ce dont le sujet schizophrénique est incapable et « tout se passe comme s'il revivait constamment devant nous la répétition, l'ébauche rééditée de la première négation, sans jamais aller au-delà. Tout se passe comme si ce mouvement de négation s'exerçait pour lui, non pas à l'égard de l'objet étranger qu'il est devenu pour lui-même, à l'égard de ce moi qui n'est plus que celui des autres.

La négation devient dès lors pour lui, non plus mouvement de méconnaissance au service du moi, mais bien retranchement, rejet de toute identification. Le schizophrène se constitue ainsi comme concept de lui-même dans une absence qui est sa question.

Son négativisme, n'est-ce pas alors la sauvegarde et aussi le symbole même de son être toujours réaffirmé dans la répudiation de tout projet moïque, réaffirmé dans une absence qui nous dit : « Je n'existe qu'en tant que je n'existe pas » (22) .

Mais pourquoi ce Moi défaillant, inexistant ? Pourquoi cette impossibilité ou ce non-désir de construction d'une personnalité ?

Certains psychanalystes pensent que « les lignes d'évolution génétique et instinctuelle sont quasi inséparables » et qu'il faut « lier étroitement les positions instinctives à la formation progressive de la personnalité et aux intégrations successives de fonctions » tout en sachant que « chaque difficulté, chaque acquisition ou chaque échec de l'acquisition s'investit, se surcharge, s'organise, prend sa forme dans le cadre des relations avec le milieu nourricier et tout d'abord la mère » (20) , donnant ainsi aux conflits psychiques de la première enfance leur importance dans l'élaboration d'une personnalité morbide sans négliger pour autant le déficit organique possible.

Mais beaucoup d'autres n'envisagent que le problème des frustrations précoces, des perturbations relationnelles infantiles, notamment celles que vit d'abord l'enfant avec sa mère, la névrose ou la psychose étant alors l'expression de conflits inconscients formés à ce moment-là.

Il est certain que pour les deux frères Martial et Pascal, nous ne pouvons nier l'importance qu'a dû prendre pour eux cette enfance chaotique entre des parents d'abord dissociés puis l'éloignement du père, la présence de la mère restée seule responsable et dont les fils restaient le seul lien affectif.

De toutes façons, toutes les théories psychanalytiques envisagent le mode d'expression schizophrénique comme une régression, comme « un retour à des positions très archaïques extrêmement perturbées » (20), par exemple un retour à celles du stade narcissique auto-érotique. Ce qui explique chez le schizophrène l'incapacité d'investissement libidinal d'un objet autre que lui-même, la complaisance du catatonique dans des attitudes de la vie archaïque voire « la répétition de la première négation ».

C'est cette régression que O. RANK exprime en écrivant : « Dans les psychoses, la tendance à la régression est tellement prononcée que nous sommes en droit de nous attendre à y trouver la plus grande approximation de la situation primitive. Et, effectivement, le contenu de la psychose se révèle soit d'une façon directe, soit à travers les symptômes de désagrégation de la pensée et du langage, pénétré d'un bout à l'autre de vastes représentations, en rapport avec la naissance et la vie intra-utérine » (18).

TAUSK va même au-delà puisqu'il a « l'impression que ces symptômes catatoniques, dont on peut dire qu'ils sont parmi les plus graves, représentent le dernier refuge d'une psychée qui renonce jusqu'aux fonctions les plus primitives du moi et se réfugie tout entière dans l'état, fœtal d'abord, dans la période de l'allaitement ensuite... Le symptôme catatonique, la raideur négativiste du schizophrénie ne seraient pas autre chose qu'un renoncement au monde extérieur, exprimé dans le langage des organes » (18).

Cependant les prises de position à l'égard de la notion de régression sont différenciées : « Ainsi la frontière du repli narcissique n'est-elle établie non pas entre le sujet et le monde, mais à l'intérieur même du sujet entre des niveaux différents d'activité et de relation avec l'extérieur. On aura bien compris que non pas seulement les intérêts affectifs, mais aussi les activités du moi sont entraînés dans ce repli régressif. Précision importante, car elle assure la spécificité des régressions psychotiques » (23).

Le point de vue organo-dynamique comme le point de vue psychanalytique envisage donc le problème sous l'angle de la régression, c'est-à-dire le retour à un stade antérieur de l'évolution de l'histoire de l'individu laquelle se forge par étapes successives et hiérarchisées. Ces étapes gravies par les fonctions psychiques et aboutissant à la construction de la personnalité sont, pour Henri EY, conditionnées par une maturation neurologique concomitante, tandis que pour les analystes, il ne s'agit que d'une maturation psychologique dépendante des seules relations affectives.

Il en résulte une conception différente de la régression. Pour les organo-dynamistes, le malade **subit** une régression. Il ne développe une opposition négativiste que parce qu'il existe un désordre organique créant une diminution des forces psychiques supérieures. Les instances psychiques inférieures subsistantes sont libérées et réagissent au monde environnant. Nous voilà alors revenus plusieurs années en arrière, à un moment de l'ontogenèse où inconscient et instinct n'étaient pas dirigés.

Bien différente est la position analytique : le jeune catatonique « se réfugie » dans la maladie, **réalise** une régression dénonçant ainsi la principale responsable de son malaise existentiel : sa mère qui n'a pas su satisfaire ses instincts primitifs. Il s'agit donc d'une régression vers un mode d'expression infantile purement psychique. Idée contre laquelle H. EY s'insurge : « Il ne s'agit pas à nos yeux d'une affection psychogénétique, c'est-à-dire due à des facteurs purement psychiques comme le serait le « refuge dans la maladie », « une réaction à une situation vitale », une « introversion plus ou moins consciente », etc. S'il s'agissait uniquement de modification de la pensée et du comportement de cet ordre, ou mieux de ce niveau, nous serions en face des variations psychiques entièrement « compréhensives » au sens de JASPERS, plastiques et réversibles, c'est-à-dire de réactions normales et nous ne pourrions pas distinguer le comportement d'un ermite de celui d'un schizophrène » (2) . En effet, si ce dernier refuse le monde qui l'entoure, il présente aussi des « troubles négatifs » diminuant ses possibilités « d'être au monde » que ne connaît pas l'ermite.

Quelle que soit la pathogénie envisagée, l'accord se fait sur un retour à des réactions infantiles et l'étude du négativisme du catatonique se rapproche bien de l'opposition infantile telle que l'a décrite H. WALLON.

Celui-ci démontre comment après une phase purement instinctuelle faite également d'essais et d'apprentissages, l'enfant va développer son intelligence progressivement selon un rythme déterminé par une maturation neuro-physiologique. Mais longtemps demeure « un manque de liaison stable entre les moments de la vie psychique » (24) et les modalités d'appréhension du monde qui environne l'enfant seront liées à « l'aptitude persistante de son activité psychique à se laisser dissocier » (24). Cette instabilité facilite la naissance des réactions d'opposition quand elles représentent une réaction émotive à une situation nouvelle « car c'est, pour chacun, une nécessité de tous les instants qu'une prompte accommodation aux éventualités diverses et souvent graves qu'entraîne son entrée dans la zone où l'action d'autrui pourrait s'exercer sur lui » (24). Le comportement dû à l'immaturité infantile se rapproche bien de celle du catatonique dont les « instances psychiques inférieures » se confrontent à la réalité ambiante.

Les autres formes d'opposition infantile soulignées par H. WALLON connaissent également des résurgences dans les œuvres diverses à la recherche d'explication du comportement négativiste du schizophrène. Par exemple, l'opposition signifiant la prise de conscience par l'enfant de sa propre existence : longtemps il est suggestible, ses idées ne sont que celles de son interlocuteur, puis brusquement « contre cette aliénation alternée de soi en autrui se lève un besoin de se ressaisir » (24), de maintenir son propre point de vue contre tout bon sens, de s'opposer, d'affirmer sa propre individualité. C'est bien à cette affirmation de leur propre individualité que visent les malades présentant un syndrome « négativiste » dans le service de H. FAURE. Celui-ci décrit les tentatives des malades pour échapper à l'organisation hospitalière : « car c'est souvent au plan élémentaire des principaux rythmes de vie que les hospitalisés tentent d'échapper aux exigences imposées : refus de nourriture, refus de telle vêtue ; refus de plier à telle nécessité de toilette ; tentatives du malade pour limiter les interférences de son propre univers avec celui des autres, aussi bien dans la journée que dans la nuit » (25)

Une troisième forme d'opposition de l'enfant, lorsqu'il est plus structuré, ou du schizophrène dans certains cas, est celle qui peut signifier le refus du viol de sa personnalité, voire la lutte entre sa personnalité et celle de son interlocuteur.

COMPREHENSION ACTUELLE DU NEGATIVISME

De par l'évolution des idées, tributaire de celle des connaissances, le négativisme s'est révélé un symptôme aux multiples facettes : trouble de la volonté, déficience neurologique, attitude régressive se rapprochant de l'opposition infantile. A la lumière du comportement des deux jeunes malades que nous avons observés, comment peut-on envisager le négativisme en 1973 ? L'envisager, c'est-à-dire dans un premier temps l'observer puis dans un deuxième tenter d'en interpréter la signification. Or nous n'échappons pas aux difficultés de réaliser une étude objective, imprégnés que nous sommes par un nouveau bain socio-culturel. Et notre façon d'observer le malade ne peut que difficilement se dissocier des contingences actuelles d'interprétation.

Pour notre part, il nous semble que dans l'attitude négativiste de Pascal et de Martial il entre une part réactionnelle à un milieu (mère, service hospitalier, société) qui les contraint à certaines situations : « tu ne dois pas faire de politique, tu dois travailler » dit la mère, « tu dois rester enfermer avec nous puisque tu es malade » dit le service hospitalier, « tu dois être productif, être citoyen-responsable » dit la société. Mais il semble qu'il entre une autre part dans cette opposition à « participer », il semble que par leur négativisme Pascal et Martial refusent ce à quoi leur psychologie perturbée, leur personne, n'est plus capable de s'adapter. Henri WALLON écrit : « Si la pensée à développement normal va en se modifiant, ce n'est pas oubli d'elle-même et transformation avec chaque objet, différenciation et identification progressive. » C'est cette possibilité de différenciation, d'identification progressive qui nous a semblé évanouie lors de nos fréquentes rencontres avec ces deux malades. Il nous a paru qu'ils n'avaient plus cette possibilité de maturation et c'est pourquoi nous sommes tentés de reprendre le terme de **régression** en ce qu'elle représente « une manière d'être inférieure quant à son adaptation au réel, à la société, aux événements » (2) .

La psychologie expérimentale, la neuro-physiologie nous apprennent combien un comportement est influencé par les incitations extérieures mais en fonction de la structure neuro-physiologique de base dans laquelle entrent les composantes anatomiques mais aussi les

réactions biochimiques, le patrimoine chromosomique. Ne peut-on alors se demander si cette **régression** du schizophrène n'est pas due à une atteinte que les recherches actuelles dirigent vers une origine génétique, les deux gènes responsables (S avec deux allèles S et s, P avec deux allèles P et p) entraînant une perturbation du métabolisme cérébral ?

Cependant cette dernière n'a pu être mise en évidence et les troubles biochimiques évoqués (au cours du métabolisme de la 5-hydroxydopamine, du métabolisme de l'histamine) les maladies auto-immunes supposées avec production de taraxéine, ont été récusés (26).

Quant au rôle du facteur génétique dans la détermination de la schizophrénie, il a été bien établi après de soigneuses études statistiques. Celles-ci montrent la fréquence d'apparition de la maladie chez les frères et sœurs, les parents proches et plus éloignés, les enfants de schizophrènes. Et nous avouons avoir été attentifs au fait que Pascal et Martial étaient frères, avec un père présentant des troubles du comportement, même si nous avons attaché de l'importance aux conditions d'élevage semblables pour tous les deux. Les théories génétiques tiennent d'ailleurs compte de ce qui leur paraît revenir à l'hérédité et à l'environnement, qu'il s'agisse des théories monogénétiques ou polygénétiques (27). Par ailleurs, qu'une anomalie chromosomique soit à l'origine d'un processus biologique cela n'implique pas qu'il soit seul responsable de la structure de la maladie. A côté du processus biologique évolue le processus psychopathologique et en prenant attention à deux définitions données par S. FOLLIN, nous comprendrons qu'une étiologie génétique ou biochimique ne suffit pas à mesurer toute la **régression** exprimée par nos malades. Ces définitions nous paraissent importantes, nous les citons : « A sens exact, **processus** signifie marche ou développement, et il est clair que le mouvement comporte des causes ou des déterminations d'ordre divers qui ne sont pas données dans le mouvement même, et que le mouvement a ses lois propres, internes, qui sont, elles, spécifiques » et « par étiologie, on entend l'ensemble des déterminations internes de sa formation et de son évolution » (28). Si les théories génétiques se trouvent fondées, l'existence d'un gène S ou P de la schizophrénie implique un potentiel de réactions régressives (comme le négativisme) mais qui ne se formeront qu'à la faveur de réactions psychologiques « internes ».

Dans les déterminations de la structure, il entre non seulement un potentiel génétique probable mais également l'existence du sujet dans ses rapports avec le monde environnant. La notion importante du vécu

du malade a été établie à la suite des idées développées par les philosophes phénoménologistes, HEGEL, HUSSERL, HEIDEGGER puis les philosophes existentialistes comme MERLEAU-PONTY et SARTRE. Si les uns attachent de l'importance au récit purement descriptif de l'expérience humaine sans essai de modification, à l'étude des phénomènes tels qu'ils se présentent, à la manière d'être dans le monde, les autres posent le problème de l'**existence** de l'être, qui ne s'établit pas en fonction de l'être pour soi mais en fonction d'être pour autrui. C'est cette notion fondamentale qu'ont reprise certains psychiatres comme BINSWANGER, H. EY, E. MINKOWSKI. Les études psychiatriques phénoménologiques « décrivent les malades qu'elles concernent, moins en étudiant l'évolution des signes au cours du devenir de la maladie, qu'en essayant de caractériser chaque malade par la façon dont il vit une présence anormale du monde et des autres... » (29). Cette description offre ainsi au psychiatre « les moyens de comprendre la maladie d'une manière qui dévoile cette maladie comme un événement qui puisse advenir à cette existence. Si l'existence peut se décrire authentiquement comme une certaine manière de vivre le monde et la présence des autres, si le psychiatre accepte d'envisager ainsi une biographie, il peut alors y faire une place compréhensible à la maladie mentale, en ce sens que la maladie mentale demeure un certain mode de vivre cette présence d'autrui et du monde » (29) .

C'est ainsi que le négativisme peut être compris, à la lumière des recherches effectuées par J.-P. SARTRE sur l'être et le non-être, comme un « refus d'existence » (30) . En regard de son Etre, l'homme prend conscience d'une « certaine probabilité de non-Etre », ainsi il conçoit la notion du Néant. « Cette possibilité pour la réalité humaine de sécréter un néant qui l'isole, DESCARTES, après les stoïciens, lui a donné un nom : c'est la liberté ». Le négativisme peut alors être considéré comme une **réaction** d'un être libre de refuser l'être qu'autrui a fait exister. Il y a pour lui possibilité de choisir entre l'être et le non-être. C'est là une supériorité de réponse qui nous éloigne du refus-régression tel qu'il a été conçu jusqu'alors.

La plupart des anti-psychiatres en 1973-1974 envisagent le problème sous cet angle, refusant cette remarque de H. EY : « Le domaine de la psychiatrie s'oppose à cet égard à celui de la liberté et sans cette opposition le psychiatre ne peut exister » (2) .

Avant d'envisager avec cette même école le problème du négativisme, voyons ce qu'elle doit à d'autres mouvements psychiatriques tels que la socio-psychiatrie, l'ethno-psychiatrie, après avoir été influencée par la phénoménologie et l'existentialisme.

La socio-psychiatrie s'intéresse à l'influence de la société sur l'individu laquelle, de par sa nécessité d'organisation, peut faire naître certains symptômes, notamment ceux du registre névrotique ou accentuer ceux observés chez le psychotique. Et certaines recherches insistent bien sur le fait que « dans l'état actuel de la question, l'aire écologique ne peut être qu'un facteur précipitant si elle agit ; mais si elle agit, elle agit plus comme facteur secondaire que comme facteur primaire, une espèce de cercle vicieux s'établissant entre le psychotique déjà atteint qui cherche une aire isolée, mais qui subit après les contre-coups de cette aire, dans sa désocialisation plus agressive » (31).

Cette influence du milieu social est fonction de la structure du groupe mais aussi fonction de l'acceptation ou du rejet du comportement du malade mental : « Ainsi certains aspects de la schizophrénie s'inscrivent à l'opposé des comportements admis ou recommandés par le groupe, dans nos pays. La tendance à l'isolement et le refus des contacts humains va à l'encontre de la valorisation des rapports interpersonnels » (32).

Les ethno-psychiatres tiennent également compte du milieu dans lequel évolue l'individu mais en appréciant le facteur socio-culturel. Ce dernier fait que la tolérance du milieu est différente, pour une même maladie, selon le type de société. C'est ainsi qu'aux Indes, « Erna HOCH signale la consonance entre certaines attitudes schizophréniques et l'idéologie du milieu. En Afrique du Nord, les malades délirants, mais doux et inoffensifs, peuvent être non seulement tolérés dans les campagnes, mais entourés d'un certain respect » (32). Outre la tolérance du milieu, il semble qu'il y ait des variations sémiologiques selon les ethnies et les groupes observés ; Y. PELICIER note que « le syndrome psycho-moteur de la schizophrénie est très rare au Japon » et que « chez les israélites dominant les formes déficitaires, catatoniques, hébéphréniques » (32).

Si le fait d'envisager l'influence du milieu social a son importance, notamment dans un but thérapeutique voire prophylactique (33), celui de considérer les facteurs culturels ne peut être qu'une attitude

constructive : « Il est trop évident que l'action psychologique puise sa force dans sa référence culturelle ; le traitement est intégré à un faisceau de croyances qui constituent un levier puissant » (32). Nous avons d'ailleurs vécu la difficulté de modifier l'état d'esprit d'un jeune négativiste contestataire en lui avançant les arguments d'une idéologie, pour lui dépassée, celle de ses parents ou du médecin.

L'anti-psychiatrie, dominée par la philosophie existentialiste, phénoménologique, modelée par les observations des sociologues et des ethnologues, présente la maladie mentale sous un nouvel aspect.

Ronald LAING, ancien psychiatre dans l'armée anglaise, distingue toujours la modification d'un comportement en regard de certaines situations des états pathologiques authentifiés selon les critères de la psychiatrie classique mais il refuse d'y voir une causalité physique, un processus mental ou organique puisque aucune recherche en ce sens n'a jamais apporté d'éléments décisifs. Pour lui, ceux que l'on considère comme malades mentaux sont simplement des êtres que l'on estime présenter un comportement étrange mais « décider de façon absolue que le patient diagnostiqué se comporte d'une manière dysfonctionnelle (d'où pathologique) est, à notre avis, prématuré, aussi nous réservons notre jugement ». (34) Avant cela, il est indispensable d'observer la personne dans son milieu afin d'aller vers une **compréhension** des relations qui s'établissent entre cette personne et autrui et de voir dans quelles mesures ces relations ne créent pas une « position existentielle d'insécurité ontologique » (15). C'est ainsi que chez ses deux jeunes patientes Mary IRWIN et June FIELD (34), l'une présentant un tableau de démence précoce avec apragmatisme, indifférence affective, apathie, négatisme, l'autre un tableau de stupeur catatonique ; Ronald LAING tente de mettre en évidence combien « la naissance physique et la vie biologique sont suivies par une naissance existentielle à la réalité » (15). Dans l'œuvre de LAING cependant, il semble bien que cette naissance existentielle ne soit tributaire que de la constellation familiale.

David COOPER développe les mêmes idées en élargissant le débat puisqu'il considère que le groupe familial ou « groupe microsocial » c'est-à-dire « groupe fini de personnes en interaction sur le mode du face à face, personnes qui se regardent et sont regardées les unes par les autres » est représentatif d'une certaine société. L'attitude envers le patient est donc celle de la société par l'intermédiaire du groupe familial. Mais pour COOPER, ce patient n'est pas malade et il donne de

la schizophrénie la définition suivante : c'est une « situation de crise microsociale, dans laquelle les actes et l'expérience d'une certaine personne sont invalidés par les autres, pour certaines raisons culturelles et microculturelles (généralement familiales) compréhensibles, qui finalement font que cette personne est élue et identifiée plus ou moins précisément comme « malade mentale » et ensuite confirmée (selon une procédure d'étiquetage spécifiable mais hautement arbitraire) dans l'identité du « patient schizophrène », par des agents médicaux ou quasi-médicaux. Cette définition, on voudra bien le noter, se réfère à un désordre extrême (crise) à l'intérieur d'un groupe, et ne dit rien sur le désordre chez la personne « schizophrène » (35) ».

Pour lui, donc, « la schizophrénie, si ce mot a un sens, est un mode plus ou moins caractéristique de comportement collectif perturbé. Il n'y a pas de schizophrènes » (35). L'opposition du patient ne représente qu'une « nécessaire contre-violence » et qu'une « antilogique nécessaire et non pas du tout une logique malade ». Le psychotique est celui qui cherche à se désaliéner, les sujets dits normaux étant ceux qui ont accepté l'aliénation imposée par la structure sociale. Mais la famille n'accepte pas cette remise en cause, refuse de comprendre l'acte négatif comme un acte d'autonomie, elle invente alors une maladie afin de cautionner le rejet de celui qui la dérange. COOPER dénonce tout cela, comme il invite le psychiatre à « reconnaître la complexité dialectique des relations humaines » et « à refuser de réduire l'action et l'expérience humaine en termes de processus ». Il insiste sur l'importance « de chercher le moment vital de la praxis, le noyau intentionnel de toute existence humaine, le projet par lequel chacun se définit soi-même dans le monde » (35). Enfin, il souligne la valeur de l'expérience psychotique qui « peut amener à un état d'humanité plus avancé » si elle est bien comprise.

Envahis dans un premier temps par la surabondance des descriptions des malades et la prodigalité des classifications nosographiques, les psychiatres perdaient souvent de vue la compréhension du cas. Inversement, les anti-psychiatres ne s'attardent pas à la description précise des symptômes, ce qui laisse parfois un peu perplexe ne sachant trop si l'individu considéré présente un simple comportement d'opposition réactionnelle ou un comportement d'opposition négativiste.

La même incertitude règne dans l'ouvrage de DELEUZE et GUATTARI (36) où le schizophrène (sur quels critères est-il étiqueté schizophrène ?) est considéré comme « Homo natura », c'est-à-dire

ayant refuser de participer à une société organisée sur le mode capitaliste, c'est-à-dire où les êtres ne sont que des éléments de production : « productions de productions, d'actions et de passions ; productions d'enregistrement, de distributions ou de repérages ; productions de consommations, de voluptés, d'angoisses et de douleurs ». L'homme n'est qu'une « machine désirante » et le schizophrène une « machine non désirante » ou plutôt la production de la machine désirante. « En fait, nous voulons dire que le capitalisme, dans son processus de production, produit une formidable charge schizophrénique sur laquelle il fait porter tout le poids de sa répression, mais qui ne cesse de se reproduire comme limite du procès ». Le schizophrène est le grand poète maudit, le clairvoyant, le processus schizophrénique étant le « potentiel de la révolution ». Nous sommes loin de l'opinion de KRAEPELIN sur le Dément Précoce ! Et si nous la comparons aux dernières propositions « socio-économico-psychiatrique » émises par G. DELEUZE et GUATTARI, nous mesurons combien « c'est le consensus social qui délimite les zones fluctuantes, de la raison et de la déraison » (31) .

CONCLUSION

Au cours de ce travail, nous nous sommes proposés d'étudier un symptôme, le négativisme. Nous avons tenté de mettre en évidence l'évolution de sa compréhension depuis sa naissance, compréhension que nous avons vu se modifier au rythme de l'évolution des connaissances scientifiques et des idées, et en fonction d'un contexte politique et social.

C'est ainsi que sous la plume de KRAEPELIN, le négativisme apparaît comme une résistance « stupide » chez un individu qui a perdu son intégrité organique cérébrale de par une atteinte infectieuse telle la typhoïde ou de par son héritage chromosomique particulièrement entaché de tares de toutes sortes. KRAEPELIN s'attache surtout à la description du symptôme et à l'évolution de la maladie.

Bien différente est l'attitude de CHASLIN une quinzaine d'années plus tard qui perçoit derrière le désordre moteur qu'une lésion organique peut expliquer, la marque d'une opposition du malade au monde extérieur source « d'embêtement » et « d'agacement » et qui souligne déjà combien un symptôme peut être modifié, une évolution morbide transformée si l'on aborde le malade avec plus d'humanité et de compréhension, si au lieu de thérapeutiques dites « physiques » on fait appel à un traitement « moral » auquel doit participer tout le service depuis le médecin jusqu'aux infirmiers.

Cette façon de voir le négativisme est en grande partie tributaire de l'apport de la psychanalyse par FREUD. Les disciples de ce dernier vont alors engager la compréhension du symptôme dans une seule direction en niant qu'il puisse être dû à un trouble organique de base et en n'y voyant que l'expression d'un trouble relationnel de la petite enfance.

Mais si les fondements de la théorie psychanalytique ont pu trouver toute leur justification lorsque FREUD les a élaborées en se référant à l'atmosphère psychologique de la bourgeoisie viennoise du début du XXe siècle, ils ont vite été ébranlés lorsque les philosophes existentialistes et les sciences humaines ont apporté une nouvelle vision, plus complète, sur le comportement de l'individu.

Et si certaines études sur la schizophrénie ont abouti à faire disparaître le négativisme en tant que symptôme pathologique et à ne le

considérer que comme une expression de l'existence du patient, d'autres, plus nuancées, ont fait le part de ce qui revenait au désordre organique et à une réaction au milieu extérieur.

C'est sous ce dernier aspect que nous est apparu le négativisme étudié dans deux cas de schizophrénie observés chez deux jeunes garçons hospitalisés en 1973. Le symptôme existe donc toujours. Cependant ses qualités diffèrent, comparées à celles établies par les anciens auteurs parce qu'il est observé dans des conditions historiques différentes. Ces conditions historiques font que le « vécu » extra-hospitalier de nos jeunes patients est déterminé dans et par un contexte social et culturel précis, que le séjour à l'hôpital est envisagé dans le cadre d'une appréhension de la maladie bien différente de celle de l'époque de KRAEPELIN tant dans les relations établies avec le médecin, le personnel infirmier que dans les possibilités thérapeutiques plus étendues. De même que varient les possibilités d'interprétation du symptôme, l'observateur étant lui-même soumis aux influences de ce même bain socio-culturel.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

DÉFINITION DU NÉGATIVISME

LE NÉGATIVISME DANS L'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

LE NÉGATIVISME étudié par KRAEPELIN

LE NÉGATIVISME étudié par CHASLIN

L'ASPECT CLINIQUE MODERNE :

- première observation
- deuxième observation
- le négativisme tel que le voit H. EY
- le négativisme envisagé par les psychanalystes
- l'opposition infantile étudiée par H. WALLON
- les théories génétiques
- l'abord existentialiste
- les données de la socio-psychiatrie
- les données de l'ethno-psychiatrie
- les anti-psychiatres et le négativisme

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 – Y. PÉLICIER – *Histoire de la psychiatrie (que sais-je ?)*
- 2 – H. EY – *Études psychiatriques - tome I (Édt. Desclée de Bronwer)*
- 3 – H. EY – *Études psychiatriques - tome II (Édt. Desclée de Bronwer)*
- 4 – E. BLEULER – *Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies (Annalectes - Théraplix)*
- 5 – A. MEYER in H. EY – *Groupe des schizophrénies EMC (2) 37.281 - C₁₀*
- 6 – K. ABRAHAM – *Psychanalyse et culture - (Petite bibliothèque PAYOT)*
- 7 – P. SÉRIEUX – *La Démence précoce in Revue de psychiatrie 1902*
- 8 – Ph. CHASLIN – *Éléments de sémiologie et clinique mentales 1912*
- 9 – Rogues de FURSAC – *Manuel de psychiatrie 1923*
- 10 – DIDE et GUIRAUD – *Psychiatrie clinique 1956*
- 11 – H. CLAUDE et RUBENOVITCH – *Thérapeutiques biologiques des affections mentales 1940*
- 12 – SÉGLAS in G. BALLEET – *Traité de pathologie mentale 1903*
- 13 – E. KRAEPELIN – *Leçons cliniques - Privat (Rhadamanthes)*
- 14 – G. DAUMÉZON – *Réflexions sur la sémiologie psychiatrique (Évolution psychiatrique 1957 - fascicule II)*
- 15 – R.D. LAING – *Le moi divisé (Édt. Stock)*
- 16 – J. POSTEL – *Introduction in E. KRAEPELIN - Leçons cliniques (Privat)*
- 17 – H. EY – *Les problèmes cliniques des schizophrènes (Évolution psychiatrique année 1958 - fascicule II)*
- 18 – O. RANK – *Le traumatisme de la naissance (Petite bibliothèque Payot)*
- 19 – H. EY – *Groupe des schizophrénies EMC (2) 37.282 - A₁₀*
- 20 – P. MALE et A. GREEN – *Les préschizophrénies de l'adolescence (Évolution psychiatrique année 1958 - fascicule II)*
- 21 – René A. SPITZ – *Le non et le oui (PUF 1962)*
- 22 – F. PERRIER – *Psychophérapie de la schizophrénie (Évolution psychiatrique année 1958 - fascicule II)*
- 23 – P.C. RACAMIER – *Psychothérapie de la schizophrénie (Évolution psychiatrique année 1958 - fascicule II)*
- 24 – H. WALLON – *Les origines de la pensée chez l'enfant (PUF 1947)*

- 25 – H. FAURE – *Les appartenances du délirant* (PUF 1966)
- 26 – M. FONTANT, M. CARIDROIT, M.F. DUC-AUBLET – *Quelques données biochimiques actuelles sur la schizophrénie* - (Actualités psychiatriques 1971 n°5)
- 27 – Quentin DEBRAY – *La place de la génétique de l'étiologie de la schizophrénie* (Revue du Prat. 1973 T XXIII n°23)
- 28 – S. FOLLIN – (*Evolution psychiatrique année 1958 - fascicule II*)
- 29 – G. LANTÉRI-LAURA – *Philosophie phénoménologique et psychiatrie* (Évolution psychiatrique année 1957 - fascicule IV)
- 30 – J.P. SARTRE – *L'être et le néant* (NRF 1943 - biblio. des idées)
- 31 – Roger BASTIDE – *Sociologie des maladies mentales* (Fammarion 1965)
- 32 – Y. PÉLICIER – *Ethno-psychiatrie et schizophrénie* (Actualités psychiatriques 1971 n°5)
- 33 – R. BASTIDE et F. RAVEAU – *Épidémiologie des maladies mentales* (EMC 38 (EMC 37.878 A 10))
- 34 – R.D. LAING et A. ESTERSON – *L'équilibre mental, la folie et la famille* (Maspéro - textes à l'appui 1971)
- 35 – D. COOPER – *Psychiatrie et anti-psychiatrie* (Édt. du Seuil - Le champ freudien 1970)
- 36 – DELEUZE et GUATTARI – *Capitalisme et schizophrénie - L'anti-œdipe* (Édt. de Minuit 1972)
- 37 – ESQUIROL – *Traité des maladies mentales*

VU
et PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR
DE L'ACADÉMIE DE PARIS

Amalvi.

VU
le Doyen de la Faculté de Médecine



Jean Baccmann

VU
le Président de Thèse
Professeur J. CAMBIER

J. Cambier

